



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **mars 2015**

**Publics hébergés atteints de troubles
psychiques sur l'arrondissement de
Lille : quelles coordinations pour quels
parcours ?**

Mario REDAELLI

Remerciements

En ouverture de ce mémoire, je tiens à remercier ma tutrice, Ghislaine DESSAINT-POCHON, responsable de la mission « urgence sociale, hébergement, insertion » à la DDCS du Nord. Tout en s'investissant pleinement dans l'organisation de mon stage et en répondant à mes interrogations, elle m'a accordé la confiance nécessaire dans l'accomplissement de mes missions pour me permettre de développer mon autonomie et mes compétences professionnelles.

Je remercie ensuite Mathilde DUVAL, qui m'a soutenu et conseillé tout au long de mes recherches pour ce mémoire. Elle s'est montrée très disponible pour m'orienter vers les interlocuteurs adaptés et répondre à mes nombreuses sollicitations. Elle a su me faire partager son analyse des enjeux soulevés par le thème de la santé – précarité ainsi que son intérêt pour ce sujet.

Je remercie également l'ensemble des agents de la MUSHI, pour l'accueil qu'ils m'ont réservé et la place qu'ils m'ont accordée au sein du service. Ils ont su me faire partager leur expérience, tout en me montrant que le travail en équipe est d'autant plus efficace qu'il rime avec bonne humeur.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des personnes sollicitées et rencontrées au cours de mes recherches : acteurs institutionnels et associatifs, professionnels de terrain comme usagers. Tous se sont montrés disponibles pour répondre à mes questions, me faire partager leur expérience et leur approche du sujet traité.

Je remercie également mes collègues de promotion, partenaires de cette aventure de dix-huit mois. Ils ont été un soutien dans la période de rédaction du mémoire et les échanges d'expérience avec eux ont enrichi ma réflexion sur le métier d'IASS.

Cette page de remerciements ne peut se fermer sans exprimer une reconnaissance particulière à ma famille et ma compagne, dont le soutien indéfectible m'a été d'une aide précieuse dans l'accomplissement de ma formation comme dans la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Choix du sujet.....	1
Problématique et hypothèses.....	3
Méthodologie	4
Annonce du plan.....	5
1 Définitions : un public difficile à cerner dans un contexte institutionnel qui peine encore à l'appréhender.....	7
1.1 Un public à la croisée des politiques sanitaires et sociales.....	7
1.1.1 De situations sociales variées mais marquées par une précarité installée....	7
1.1.2 Des troubles psychiques qui agissent comme cause et conséquence des difficultés sociales	9
1.1.3 Un manque de données persistant sur ce public spécifique	12
1.2 Un contexte institutionnel qui parvient difficilement à associer ces politiques	14
1.2.1 Une administration d'Etat récemment réorganisée	14
1.2.2 Du « <i>grand renfermement</i> » à la sectorisation, une psychiatrie ancienne et qui s'est ouverte sur la cité	16
1.2.3 Un secteur social récent et qui s'ouvre aujourd'hui au domaine de la santé	19
2 Le cas lillois : des parcours qui interrogent l'organisation actuelle des dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale	23
2.1 Un public qui peine à se construire un parcours dans les dispositifs actuels	23
2.1.1 Des parcours chaotiques au sein des structures d'hébergement.....	23
2.1.2 Des prises en charge médicales morcelées et incomplètes.....	25
2.1.3 Un accès difficile à des structures médico-sociales adaptées	27
2.2 Une organisation de la prise en charge remise en question dans ses fondements	30
2.2.1 Un public stigmatisé et une méconnaissance de ses problématiques	30
2.2.2 Une incompréhension mutuelle des différents acteurs de la prise en charge	33
2.2.3 Une non-réponse génératrice de coûts pour la collectivité	34
3 Perspectives : repenser la coordination des acteurs pour favoriser l'accompagnement global des usagers	37
3.1 La coordination pour réorganiser la prise en charge sanitaire et sociale.....	37
3.1.1 Améliorer la connaissance des besoins et de l'offre existante	37
3.1.2 Favoriser les partenariats rapprochant le soin des publics hébergés.....	40

3.1.3	Quelles pistes pour une plateforme de coordination sanitaire et sociale ? ..	42
3.2	La coordination pour permettre la construction de parcours adaptés à l'autonomie de chacun	44
3.2.1	Favoriser l'accès aux structures et services médico-sociaux	45
3.2.2	Organiser l'accompagnement vers le logement adapté et vers le logement autonome.....	47
3.2.3	Quelles perspectives pour la participation des usagers et leur place dans la vie sociale ?	50
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55

Liste des sigles utilisés

AAH : allocation aux adultes handicapés
AFR : Accueil fraternel roubaisien
AHI : accueil, hébergement et insertion
ALUR : accès au logement et un urbanisme rénové
ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARPE : Accueil, réinsertion, promotion, éducation
ARS : agence régionale de santé
ASE : aide sociale à l'enfance
BOP : budget opérationnel de programme
CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAR : comité de l'administration régionale
CADA : centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAVA : centre d'adaptation à la vie active
CCRPA : comité consultatif régional des personnes accueillies et accompagnées
CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHRU : centre hospitalier régional universitaire
CHU : centre d'hébergement d'urgence
CLIC : centre local d'information et de coordination
CLSM : conseil local de santé mentale
CMAO : coordination mobile d'accueil et d'orientation
CMP : centre médico-psychologique
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CP2A : centre permanent d'accueil et d'admission
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS : direction départementale de la cohésion sociale
DDTM : direction départementale des territoires et de la mer
DGAS : Direction générale de l'action sociale
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRAC : direction régionale des affaires culturelles
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EMPP : équipe mobile de psychiatrie - précarité
EM3P : équipe mobile PASS précarité - psychiatrie
EPSM : établissement public de santé mentale
ESAT : établissement ou service d'aide par le travail
ESMS : établissement ou service médico-social
FAM : foyer d'accueil médicalisé
GEM : groupe d'entraide mutuelle
HUDA : hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
HPST : hôpital, patients, santé, territoires
IASS : inspecteur de l'action sanitaire et sociale
LAM : lit d'accueil médicalisé
LHSS : lit halte soins santé
LMCU : Lille Métropole Communauté urbaine
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS : maison d'accueil spécialisé
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MEL : Métropole européenne de Lille
MIP : mémoire interprofessionnel de santé publique
MISP : médecin inspecteur de santé publique
MSL : Médecins solidarité Lille
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONSMP : Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité
ORSPERE : Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PDAHI : plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion
PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS : projet régional de santé
REATE : réforme de l'administration territoriale de l'Etat
RGPP : révision générale des politiques publiques

RPSM : réseau précarité – santé mentale

RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RSA : revenu de solidarité active

SAMENTA : Santé mentale et addictions

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SIAE : structure d'insertion par l'activité économique

SIAO : service intégré d'accueil et d'orientation

SMES : Santé mentale et exclusion sociale

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

UT DRIHL : unité territoriale de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement

VISA : Vivre l'insertion sans l'alcool

« De l'homme à l'homme vrai, le chemin passe par l'homme fou. »

Michel Foucault.

Introduction

Choix du sujet

J'ai effectué mon stage de formation à la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Nord, au sein du service chargé de la veille sociale, de l'hébergement et de l'accès au logement. Ayant déjà côtoyé le milieu sanitaire dans le cadre de mes études de sciences politiques, grâce à un stage en agence régionale de santé (ARS) puis en milieu hospitalier, je souhaitais compléter ces expériences par une immersion dans le milieu de la cohésion sociale, afin de développer une polyvalence propre au métier d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS). Je voyais également cette passerelle entre les champs sanitaire et social comme une opportunité pour aborder un thème situé à ce carrefour et qui m'intéresse depuis longtemps, celui de la santé - précarité. En effet, mes travaux de recherche précédents, notamment mon mémoire de master sur la prise en charge des usagers précaires à l'hôpital public et le mémoire interprofessionnel de santé publique (MIP) auquel j'ai participé sur le consentement aux soins des personnes à la rue, m'ont permis d'appréhender l'étendue des enjeux relatifs à cette question. Si la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST)¹ a concentré le pilotage des politiques de santé au sein des ARS, les administrations déconcentrées de la cohésion sociale se retrouvent néanmoins toujours confrontées à des problématiques de santé dans leurs structures. Ce constat est d'autant plus prégnant dans la région Nord-Pas-de-Calais, qui présente des indicateurs socio-économiques particulièrement défavorables (un taux de chômage de 13 %² et un taux de pauvreté de 19,7 %³), dans le même sens que les indicateurs de santé : un taux de mortalité prématurée le plus élevé de France et des chiffres supérieurs aux autres régions concernant certaines problématiques spécifiques qui peuvent se trouver liées à la précarité, en particulier les troubles psychiatriques et addictifs. Si ce chiffre élevé doit probablement être interprété avec beaucoup de précaution, le programme régional de santé mentale du Nord-Pas-de-Calais⁴ estime à 35,9 % la part d'habitants qui présenteraient au moins un trouble de santé mentale. De même, la mortalité liée à la consommation d'alcool serait deux fois supérieure à la moyenne nationale.

Ce dernier constat m'a amené à recentrer mon sujet initial sur les troubles psychiques. En effet, au fil des échanges avec ma référente mémoire au sein de la

¹ République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 167, 22 juillet 2009

² Institut national de la statistique et des études économiques. *Mesurer pour comprendre*. [visité le 05/01/2014], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>

³ *Ibid.*

⁴ ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé mentale du Projet régional de santé Nord-Pas-de-Calais 2012-2016, 14 janvier 2013

mission « urgence sociale, hébergement, insertion » ainsi qu'avec des professionnels de terrain, j'ai acquis la conviction que si les problématiques psychiques et somatiques pouvaient être liées, elles soulevaient pour autant des questionnements différents qu'il convenait d'aborder séparément, au moins dans un premier temps. En effet, la souffrance psychique et les conduites addictives entretiennent un lien particulier avec la précarité, dans la mesure où elles réduisent l'autonomie du sujet et peuvent donc constituer un frein à l'accomplissement des autres besoins essentiels de la vie. En outre, le traitement de ce sujet amène à analyser la portée et les limites de dispositifs de coordination qui sont déjà nombreux en Nord-Pas-de-Calais. En effet, la profondeur et l'étendue des problématiques présentées précédemment ont conduit les acteurs des champs sanitaire et social à développer des actions innovantes, qui ouvrent des perspectives pour les autres territoires tout en montrant les obstacles auxquels elles peuvent se confronter. Le territoire de référence a également été redéfini pour être limité à l'arrondissement de Lille. Cette circonscription administrative de 1,2 millions d'habitants⁵, qui propose 6 738 places d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI)⁶, se caractérise par un territoire urbain où les nombreuses situations d'exclusion trouvent en même temps un certain nombre de réponses dans les dispositifs variés mis en place par les acteurs institutionnels et de terrain. Enfin, j'ai reprecisé la notion de public en grande précarité en me concentrant sur la situation des personnes isolées accueillies en structure d'hébergement. En effet, il me semblait intéressant d'aborder les enjeux de coordination à cette étape intermédiaire : la personne n'est plus dans la situation d'urgence propre à la vie à la rue, ce qui lui permet de s'inscrire dans un parcours de soins, mais sa précarité résidentielle reste à considérer dans la prise en charge à organiser. J'ai fait le choix de ne pas aborder le cas particulier des familles et des migrants hébergés en centre d'accueil ou hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (CADA-HUDA), qui soulève des questions spécifiques : liens avec l'aide sociale à l'enfance (ASE), syndromes post-traumatiques, précarité administrative ou encore barrière de la langue.

Au-delà de mes expériences passées, le choix de mon sujet a été motivé par les enjeux éthiques autant que professionnels qu'il soulève. L'enjeu éthique est celui de la réduction des inégalités sociales de santé, dans un pays que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) louait en l'an 2000 pour la performance de son système de santé. Cet enjeu amène à questionner les processus individuels qui lient la précarité sociale aux problématiques psychiques et addictives, mais il interroge aussi la capacité de notre système à permettre l'accès aux soins spécialisés et au-delà la construction d'un parcours coordonné pour les personnes en situation de grande précarité. D'un point de vue

⁵ Institut national de la statistique et des études économiques. *Mesurer pour comprendre*. [visité le 05/01/2014], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=arr-595>

⁶ Source DDCS au 30/06/2014

professionnel, le sujet revêt un enjeu crucial pour l'IASS car, pour répondre aux problématiques rencontrées par ce public frontière, il est appelé à actionner les leviers de la transversalité dans le cadre ses missions. Il doit donc solliciter ses compétences en termes d'analyse de l'offre et des besoins, d'animation territoriale, d'impulsion, de recensement et d'évaluation des démarches innovantes pour favoriser la coordination des acteurs. En outre, le sujet prend tout son sens dans la mesure où l'articulation des champs social, sanitaire et médico-social constitue le cœur de la culture professionnelle des IASS.

Problématique et hypothèses

La problématique retenue est la suivante : quels enjeux et quels leviers d'action pour la prise en charge sociale, sanitaire et médico-sociale des publics hébergés dans le dispositif AHI et atteints de troubles psychiques ? Il s'agit de comprendre comment favoriser le repérage et la prise en charge des problématiques psychiques qui freinent l'accompagnement social dans le secteur AHI, mais également de réfléchir aux solutions à envisager pour tendre vers un accompagnement global des publics étudiés, leur permettant de s'inscrire dans un parcours de soins ainsi que dans les différentes dimensions de la vie sociale.

L'hypothèse principale retenue pour guider ce mémoire est que l'enjeu crucial pour apporter une réponse efficace et pérenne au problème posé est de repenser et réorganiser la coordination des acteurs. Il s'agira donc d'analyser les démarches de coordination existantes, autant au niveau institutionnel que sur le terrain, afin de réfléchir à leur portée et à leurs limites, pour formuler des préconisations opérationnelles ainsi que des pistes de réflexion. En tant que fonctionnaire d'Etat chargé de la mise en œuvre des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales dans les territoires, l'IASS aura toute sa place dans le pilotage, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions envisagées en perspective.

Sur la base de l'hypothèse retenue, trois sous-questions ont guidé la construction du plan : en premier lieu, quels sont les profils des personnes hébergées atteintes de troubles psychiques et quelles difficultés rencontrent-elles pour s'inscrire dans un parcours de soins et d'accompagnement social ? En second lieu, quels dispositifs existent sur l'arrondissement lillois pour favoriser la coordination des acteurs au bénéfice de ces personnes et quelles sont leurs limites ? Enfin, quelles perspectives envisager pour améliorer l'articulation des dispositifs sanitaires et sociaux et plus largement pour proposer aux publics étudiés un parcours vers l'autonomie, gage de leur réinsertion sociale ?

Méthodologie

Le premier terrain d'investigation à mentionner est la recherche documentaire. Mes sources sont tout d'abord constituées de quelques ouvrages littéraires de référence, me permettant de développer un regard analytique et critique sur la discipline psychiatrique ainsi que sur l'évolution de la place donnée aux personnes sans abri et aux malades psychiatriques dans notre société. Elles contiennent ensuite des ouvrages et des articles universitaires permettant de compléter les réflexions issues de la littérature avec une rigueur sociologique, ainsi que des écrits professionnels qui amènent un regard de terrain sur le sujet traité. Ma bibliographie comprend également les rapports qui ont nourri les politiques publiques ainsi que les textes législatifs et réglementaires qui les encadrent aujourd'hui, au niveau national autant que local. Ma recherche documentaire m'a aussi amené à consulter des documents recueillis auprès de ma structure d'accueil : comptes rendus de réunion, rapports d'inspection et d'évaluation interne, conventions, projets associatifs et projets soumis à la DDCS par des opérateurs associatifs.

Ma méthodologie inclut ensuite une investigation de terrain approfondie, car j'ai eu l'opportunité de rencontrer un grand nombre d'acteurs impliqués dans la prise en charge des publics hébergés atteints de troubles psychiques sur la métropole lilloise : service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), équipes mobiles de psychiatrie – précarité (EMPP), secteurs de psychiatrie, conseils locaux de santé mentale (CLSM), permanences d'accès aux soins de santé (PASS), équipe dédiée à l'expérimentation « Un chez-soi d'abord ». J'ai également rencontré les acteurs institutionnels concernés par la problématique étudiée : tout d'abord les collègues en charge du lien santé – social au sein de la DDCS, puis la chargée de mission thématique « psychiatrie santé mentale » à l'ARS et le responsable des politiques d'habitat et de solidarité à Lille Métropole Communauté urbaine (LMCU)⁷. J'ai également sollicité un IASS en poste à la DDCS de la Sarthe et un contractuel en poste à l'UT DRIHL (unité territoriale de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement) de Seine-Saint-Denis, afin d'ouvrir ma réflexion à des actions innovantes menées sur d'autres territoires. Les entretiens ont été complétés par la participation à des réunions institutionnelles et opérationnelles : réunion d'équipe EMPP, réunions d'information et comité de pilotage des réseaux précarité – santé mentale (RPSM), comité de gestion local et colloque national « Un chez-soi d'abord », réunions de suivi de la mise en œuvre du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Afin de confronter mes connaissances théoriques au terrain, j'ai eu l'opportunité de visiter plusieurs structures, dont le CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) hors les murs de l'association « Vivre l'insertion sans l'alcool » (VISA) et les structures sociales et médico-sociales de l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse (ABEJ).

⁷ Devenue en 2015 Métropole européenne de Lille (MEL).

Enfin, en lien avec ma référente mémoire à la DDCS et dans le cadre des objectifs fixés par le PRAPS, j'ai élaboré un questionnaire que j'ai adressé à l'ensemble des associations porteuses de structures d'hébergement sur l'arrondissement de Lille. Cette démarche avait pour objectif de recenser les problématiques rencontrées par les acteurs sociaux face aux usagers atteints de troubles psychiques ainsi que les partenariats formels ou informels mis en place pour répondre à leurs besoins de soins. Si ce travail m'a paru nécessaire pour compiler un certain nombre de données sur la situation actuelle dans les structures d'hébergement lilloises, ses résultats ne peuvent être interprétés seuls et doivent l'être à la lumière des éléments fournis par les autres sources d'information sollicitées. En effet, pour obtenir un taux de réponse correct et faciliter l'exploitation des données, il m'a fallu élaborer un questionnaire concis qui a nécessairement privilégié le recueil quantitatif au recueil qualitatif.

Annonce du plan

Dans un premier temps, je démontrerai que le public cible, étant donné sa situation de précarité sociale en même temps que psychique, se trouve à la croisée des politiques sanitaires et sociales. Sa position frontière interroge donc l'organisation de nos institutions dans leurs replis. Dans cette partie générale, je m'appuierai sur mes observations de terrain et mes entretiens au sein de la métropole lilloise, que j'analyserai à la lumière de mes sources documentaires.

Dans un second temps, j'analyserai la façon dont le public étudié s'inscrit dans les dispositifs de prise en charge existant sur Lille, en montrant comment les ruptures et les discontinuités marquant les parcours remettent en question l'organisation actuelle de la prise en charge sanitaire autant que sociale. Dans cette partie centrée sur l'exemple lillois, je confronterai également les informations recueillies sur le terrain à des analyses et des constats dressés à un niveau plus général.

Dans un troisième temps, je présenterai les perspectives à envisager pour renouveler les modalités de coordination sanitaire et sociale au bénéfice du public cible, et au-delà pour organiser la construction de parcours vers la réinsertion sociale. Dans cette dernière partie, je m'appuierai sur les démarches déjà mises en place ou en projet, sur l'arrondissement de Lille mais aussi dans d'autres territoires, ainsi que sur les pistes évoquées par les personnes interrogées et des écrits qui ouvrent de nouvelles voies à la réflexion.

1 Définitions : un public difficile à cerner dans un contexte institutionnel qui peine encore à l'appréhender

1.1 Un public à la croisée des politiques sanitaires et sociales

Apporter une réponse adaptée aux problématiques d'un public spécifique suppose, en premier lieu, de repérer les facteurs l'ayant conduit à solliciter les dispositifs mis en place par la solidarité nationale, en cherchant à comprendre les interactions entre les différentes difficultés auxquelles il est confronté. En effet, seule cette approche globale peut permettre d'envisager par la suite l'articulation pertinente des acteurs et des dispositifs concernés.

1.1.1 De situations sociales variées mais marquées par une précarité installée

Pendant longtemps, la situation des personnes sans abri est restée comprise comme un phénomène marginal, ne remettant pas en question le fonctionnement global de la société. Ainsi, Serge Paugam explique que dans les années 1960, la notion d'exclusion désignait « *une survivance visible et honteuse d'une population maintenue en marge du progrès économique et du "partage des bénéfices"* »⁸, « *le décalage entre le bien-être croissant de la population et ces "laissés pour compte"* »⁹. Si la grande pauvreté dérangeait lorsqu'elle était visible, elle n'était pas de nature à « *affecter l'ensemble du corps social* »¹⁰. Pour certains auteurs comme René Lenoir, les causes de la grande pauvreté étaient à rechercher dans l'inadaptation sociale de certains membres de la société, notamment « *les enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance, les mineurs en danger, les délinquants, les jeunes drogués, les malades mentaux, les suicidaires, les alcooliques, les délinquants adultes, les asociaux et marginaux* »¹¹. Les conservateurs renvoyaient pour leur part les personnes sans abri à leurs propres responsabilités, en dénonçant « *l'irresponsabilité et l'imprévoyance des pauvres eux-mêmes* »¹², qui conduit à des situations de « *pauvreté volontaire* »¹³.

Ce n'est qu'à l'émergence de la « *nouvelle pauvreté* »¹⁴, dans le contexte de la crise économique des années 1970 et 1980, que la société a pris « *conscience d'elle-même et de ses dysfonctionnements* »¹⁵. Pour Serge Paugam, « *la menace de la perte*

⁸ PAUGAM, Serge (dir.). *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris : Editions La découverte, 1996. 583 p. ISBN 2-7071-2540-7

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Réseau précarité – santé mentale de la métropole lilloise Sud-Nord-Ouest (Lille 1). *Journée d'étude EPSM : clinique de la non-réponse, le nouveau paradoxe de l'urgence*, 10 octobre 2013, Approche clinique et sociologique de la non-réponse, Armentières, 9 p.

¹⁵ PAUGAM, Serge (dir.). *Op. cit.*

d'emploi dans une société salariale, jusque-là stabilisée et relativement protégée »¹⁶, a commencé à nourrir « *une angoisse collective* »¹⁷. Ainsi, la notion d'exclusion a évolué pour « *souligner l'existence de processus pouvant conduire à des situations extrêmes* »¹⁸, signifier une « *série de décrochages par rapport à des états d'équilibre antérieurs plus ou moins stables ou instables* »¹⁹, et non plus pour « *désigner un ou des groupes sociaux caractérisés par une exclusion de fait* »²⁰. En définissant le processus de désaffiliation, comme une perte des objets sociaux qui peut conduire tout un chacun dans la précarité, Robert Castel a également démenti les « *dichotomies trop rapides* »²¹ entre « *les SDF et tous les autres* »²². Désormais, la grande pauvreté ne doit plus être comprise comme un état mais comme un processus multidimensionnel, tel que l'a décrit le père Joseph Wresinski en 1987 : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. [...] Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.* »²³. Par ces termes, il s'agit de comprendre la situation des personnes sans abri comme une conséquence extrême de la précarité, où les leviers de l'autonomie ont été perdus. Il ne s'agit donc pas de les voir « *comme des populations coupées du reste de la société de façon nette, mais au contraire, de mettre en lumière [...] le continuum de situations qui existent entre les "avec" et "sans" logement* »²⁴. En effet, « *les personnes sans domicile ne forment pas un groupe social homogène distinct du reste de la population* »²⁵. Le rapport Girard²⁶ pointe d'ailleurs cette diversité des situations et des profils : un nombre croissant de femmes et de jeunes, des liens très variables avec le milieu de l'emploi et le réseau familial, des personnes sans aucune ressource, des bénéficiaires de prestations sociales mais aussi des personnes ayant une couverture sociale voire un patrimoine financier. Les motifs conduisant à la rue présentent la même diversité, même si les séparations et les décohabitations constituent la majorité des situations recensées.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Réseau précarité – santé mentale de la métropole lilloise Sud-Nord-Ouest (Lille 1). *Op. cit.*

²⁰ *Ibid.*

²¹ FURTOS, Jean. Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy), *Pratiques en santé mentale*, février 2004, n° 1

²² *Ibid.*

²³ WRESINSKI, Joseph. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport présenté au nom du Conseil économique et social, février 1987

²⁴ CHAUVIN, Pierre, ESTECAHANDY, Pascale, GIRARD, Vincent. *La santé des personnes sans chez soi*, rapport remis à la Ministre de la santé et des sports, novembre 2009

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

Dans le département du Nord, les divers travaux de diagnostic réalisés par la DDSCS et d'autres acteurs locaux permettent de dresser un tableau relativement précis du public hébergé sur la métropole lilloise. Comme toutes les grandes villes, ce territoire urbain accueille un nombre important de personnes en grande difficulté, particulièrement vis-à-vis du logement. Ce phénomène est dû à la densité de population, qui favorise la tension sur le marché du logement, mais également à l'attraction qu'exercent plus généralement les métropoles pour ces personnes. En effet, les dispositifs d'accueil y sont nombreux et même pour ceux qui ne sont pas prêts à les solliciter, les rues des grandes villes proposent quelques solutions de survie et des « *solidarités marginales* »²⁷, tout en offrant une « *visibilité sociale moins grande qui limite le sentiment de honte* »²⁸. Au-delà de la tendance constatée au niveau national concernant l'augmentation du nombre de familles, de couples et de femmes avec ou sans enfant dans les structures d'hébergement, le Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI) du Nord pointe la part importante de jeunes dans le dispositif. En effet, qu'ils aient connu ou non un parcours d'ASE, un certain nombre de jeunes se retrouve à la rue au moment de la majorité, souvent après avoir connu des difficultés d'insertion dans le monde du travail. Le parcours d'hébergement de ce public en errance, qui s'adapte difficilement aux cadres collectifs, est souvent chaotique. Par ailleurs, un certain nombre d'hébergés lillois a connu une période de détention, les sorties de prison sans solution de logement étant aujourd'hui encore une réalité. Les structures lilloises font également face à un vieillissement de leur public, dû à la fois à la précarisation d'une partie de la population âgée et à l'arrivée dans le grand âge de personnes déjà marginalisées, qui ont connu pendant toute une partie de leur vie les allers et retours entre la rue et l'hébergement. Les pouvoirs publics incluent ces personnes dans la catégorie plus large des publics dits « *chroniques* »²⁹, qui sollicitent le 115 depuis de nombreuses années et pour lesquels les dispositifs actuels semblent à cours de solution. Dans cette catégorie, les différents diagnostics dressés sur la métropole lilloise s'accordent aujourd'hui pour désigner le cas des personnes présentant des troubles psychiques.

1.1.2 Des troubles psychiques qui agissent comme cause et conséquence des difficultés sociales

Ces dernières années, plusieurs études de grande envergure se sont penchées sur la santé psychique des personnes sans abri, dont la plus connue reste l'étude dite « SAMENTA » (santé mentale et addictions chez les personnes sans logement personnel

²⁷ MINARD, Michel, PIEL Eric et al. *Psychiatrie et grande exclusion, rapport au Secrétariat à l'action humanitaire d'urgence*, Paris, juin 1996

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

d'Ile-de-France)³⁰. Si cette enquête, réalisée en 2009 sur 840 personnes, est circonscrite aux centres d'hébergement d'urgence, centres de réinsertion sociale et hôtels de la région parisienne, elle a permis de mettre en évidence la surreprésentation des problématiques psychiques chez les personnes sans abri sans toutefois souscrire au « *“ mythe ” d'une maladie mentale généralisée parmi les sans-domicile* »³¹. Ainsi, près d'un tiers (31%) serait atteint d'un trouble psychiatrique sévère, dont 13 % par des troubles psychotiques, qui peuvent se traduire par des hallucinations ou des délires et qui comprennent surtout la schizophrénie, psychose socialement très invalidante et en même temps la plus répandue chez les personnes à la rue. L'étude pointe également la surreprésentation de troubles anxieux (12 %) et de troubles de l'humeur (7 %), qui incluent notamment les dépressions et peuvent parfois mener aux états suicidaires. D'autres enquêtes pointent ensuite la prégnance des conduites addictives (65 % de consommation alcoolique et 25 % de consommation de toxiques selon le rapport Piel et Minard³²), notamment dans le contexte des comorbidités psychiatriques et addictives. Ces conduites favorisent la survenue de pathologies très lourdes telles que le syndrome de Korsakoff³³. Mentionnons enfin les cas moins fréquents de handicap mental et de déficience intellectuelle. Au-delà des pathologies incluses dans les classifications de la psychiatrie clinique, le rapport Lazarus et Strohl³⁴ a introduit en 1995 la notion de souffrance psychique, afin de cerner cette « *douleur d'existence* »³⁵ diffuse chez les personnes pour qui la vie rime au quotidien avec survie. Avancée cruciale dans la compréhension de la situation psychique des personnes sans abri, la désignation de cette « *souffrance sans nom* »³⁶ a semé le trouble sur la frontière entre les problématiques sanitaires et sociales, « *mettant à mal les classifications habituelles* »³⁷, et a interrogé les limites des champs d'intervention des psychiatres comme des travailleurs sociaux.

Pour le rapport Parquet, « *la question du rapport entre l'état psychique des personnes en situation d'exclusion et de précarité et l'exclusion et la précarité se pose*

³⁰ LAPORTE, Anne, CHAUVIN, Pierre (dir.). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, Paris, 2010, 227 p.

³¹ BRESSON, Maryse. Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence, *Cahiers internationaux de sociologie*, février 2003, n° 115

³² MINARD, Michel, PIEL Eric et al. *Op. cit.*

³³ Trouble neurologique sévère qui est souvent la conséquence d'un alcoolisme chronique.

³⁴ LAZARUS, Antoine, STROHL, Hélène et al. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Paris, Délégation interministérielle à la ville et au développement urbain et Délégation interministérielle au revenu minimum, février 1995

³⁵ FURTOS, Jean. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale, *Mentalités*, septembre 2007, n° 11

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Exclusion : vers une clinique psychosociale ? *Pluriels - La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, mars 2000, n° 21

indubitablement »³⁸. Ce lien a d'ailleurs été validé par le Haut Comité de santé publique : « *partout on constate que le plus fort prédicteur de la maladie physique et / ou mentale et de la mortalité prématurée est le niveau socio-économique du foyer* »³⁹. Néanmoins, il n'a pas un caractère mécanique et pour saisir sa complexité, autant que pour répondre à l'interpellation de professionnels en situation d'impuissance, un groupe de psychiatres a parlé d'un syndrome d'auto-exclusion : au seuil de la « *précarité exacerbée* »⁴⁰, lorsque « *tout ou presque est perdu* »⁴¹, la personne perd courage et ressent le besoin, en affirmant l'autonomie qui lui reste, de s'exclure elle-même pour ne plus souffrir. Ce syndrome se traduit alors par une « *anesthésie ou hypoesthésie corporelle* »⁴², dans laquelle elle se désapproprie son corps et ne perçoit plus ses douleurs. Elle se place en situation d'isolement, en rompant les liens qui la maintiennent encore avec le reste du corps social, et l'alcool peut alors devenir un « *compagnon de rue* »⁴³, avec des fonctions anesthésiques, anxiolytiques et antidépressives. Cette attitude conduit à « *l'abolition de la demande* »⁴⁴ voire à la « *récusation de l'aide* »⁴⁵, mais elle peut aussi paradoxalement favoriser un recours ponctuel à l'urgence : en situation extrême de détresse, sociale comme psychique et médicale, la personne veut « *tout, tout de suite, tout le temps* »⁴⁶, façon de dire qu'elle a besoin d'une prise en charge globale mais qu'elle n'est pas prête à s'inscrire dans un accompagnement de long terme. Si la grande précarité peut donc favoriser l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiques, la relation inverse est également vraie : dans l'histoire d'un certain nombre de personnes hébergées, on retrouve des alcoolismes chroniques qui ont favorisé la désinsertion sociale, ainsi que des déficiences intellectuelles ou des handicaps mentaux qui ont conduit les personnes à la rue lors de la perte de leurs attaches familiales. A cet égard, le cas d'une personne rencontrée à l'accueil de jour de l'ABEJ à Lille est tout à fait parlant : au décès de sa mère, ce jeune homme qui avait connu une instruction spécialisée mais n'avait pas bénéficié d'une insertion professionnelle durable, s'est retrouvé sans logement en même temps que sans ressources.

³⁸ PARQUET, Philippe-Jean. *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport du groupe de travail mis en place par Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du ministre des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Paris, 2003

³⁹ Exclusion et santé mentale, *Pluriels - La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, mars 2000, n° 21

⁴⁰ FURTOS, Jean. Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy), *Pratiques en santé mentale*, février 2004, n° 1

⁴¹ *Ibid.*

⁴² FURTOS, Jean. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale, *Mentalités*, septembre 2007, n° 11

⁴³ MERCUEL, Alain. *Souffrance psychique des sans-abri – Vivre ou survive*, Paris : éditions Odile Jacob, novembre 2012. 214 p. ISBN 978-2-7381-2863-8

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ FURTOS, Jean. Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy), *Pratiques en santé mentale*, février 2004, n° 1

Sur la métropole lilloise, les personnes rencontrées à l'ARS⁴⁷, au SIAO⁴⁸ et à l'ABEJ⁴⁹ dressent un état de la santé psychique des personnes prises en charge globalement similaire à celui établi au niveau national. Il convient cependant de noter l'accent mis sur la problématique addictive, tant pour l'alcool que pour les drogues, qui amplifie les états schizophréniques et psychotiques, accélérant d'autant plus les processus de désinsertion sociale. Avec toutes les précautions qu'il convient de prendre dans l'interprétation de ces résultats, les réponses fournies au questionnaire adressé aux acteurs de l'hébergement dans le cadre du mémoire estiment à près de 50 % le public concerné par des troubles psychiques, la majorité des structures répondantes s'estimant confrontée à cette problématique⁵⁰. Si elle remonte à 1995, une enquête réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique avance par ailleurs des chiffres sur la santé mentale des personnes sans domicile de la métropole lilloise, tout en précisant les biais méthodologiques liés au recueil de données auprès d'un public désinséré. Elle recense ainsi 20 % de syndromes dépressifs, 17 % de troubles anxieux, 9 % de troubles psychotiques et une proportion très élevée de comorbidités⁵¹. De façon moins formalisée, l'équipe mobile de psychiatrie – précarité Diogène a dressé une typologie des publics qu'elle rencontre au quotidien : selon elle, se côtoient sur la métropole lilloise des jeunes souffrant de psychose et des « *clochards* » sans pathologie psychiatrique avérée mais « *dont le comportement [...] semble en soi une folie* », ainsi que des « *chroniques* » qui ont été institutionnalisés depuis l'enfance, par exemple à cause d'un handicap mental⁵².

1.1.3 Un manque de données persistant sur ce public spécifique

Si les études précédemment citées permettent d'appréhender avec une relative précision la situation psychique des personnes à la rue, il convient en même temps de nuancer leur portée, en pointant tout d'abord les débats relatifs à la délimitation du public étudié. En effet, nous avons vu que la souffrance psychique des personnes sans abri interroge les frontières de la discipline psychiatrique : chez la personne qui connaît un mode de vie précaire, où s'arrête la « *détresse psychologique* »⁵³ et où commence la maladie psychiatrique ? La frontière peut être tenue entre la simple « *démoralisation* »⁵⁴ et la maladie dépressive. Face à des professionnels qui dénoncent la psychiatrisation de la

⁴⁷ Entretien n° 7

⁴⁸ Entretien n° 11

⁴⁹ Entretiens n° 3 et 13

⁵⁰ Annexe 3

⁵¹ GUESDON, Isabelle, ROELANDT, Jean-Luc. Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe, *L'information psychiatrique*, avril 1998, n° 4, p. 343 à 357

⁵² GUESDON, Isabelle, PETIT, Valérie, ROELANDT, Jean-Luc. Diogène : 5 ans d'expérience d'une équipe mobile santé mentale et précarité, *L'information psychiatrique*, 2003

⁵³ GUESDON, Isabelle, ROELANDT, Jean-Luc. Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe, *L'information psychiatrique*, avril 1998, n° 4, p. 343 à 357

⁵⁴ BRESSON, Maryse. *Op. cit.*

souffrance sociale, d'autres considèrent que la problématique psychique des personnes sans abri reste largement sous-estimée. Ainsi, le psychiatre Jean Furtos s'applique à distinguer les personnes présentant des « *pathologies psychiatriques franches* », les « *troubles polymorphes* », qui se situeraient à un niveau intermédiaire, et enfin les « *gens qui vont bien ou pas trop mal, réactifs aux aléas de la vie* »⁵⁵. De même, le Docteur Alain Mercuel insiste sur la nécessité de limiter et réserver le diagnostic de pathologie mentale, dans un souci de ne pas étiqueter les personnes concernées⁵⁶. D'ailleurs, pour David Snow et James Wright, ce que l'on comptabilise comme maladie mentale chez les personnes sans abri dans les travaux anglo-saxons correspond en réalité à « *des formes d'adaptation au contexte particulier de la rue* »⁵⁷. Si l'objet ici n'est pas de trancher ce débat d'écoles, il est nécessaire d'en présenter les enjeux, car sa portée n'est pas uniquement théorique : son arbitrage est susceptible de déterminer la mesure donnée à la problématique traitée ainsi que les réponses qui y sont apportées.

Au-delà des désaccords sur le public à considérer, la fiabilité des données chiffrées doit être nuancée par les biais méthodologiques qu'elles impliquent. Concernant plus particulièrement l'enquête menée en 1995 sur la métropole lilloise⁵⁸, il convient d'abord de préciser qu'une minorité des structures sollicitées a répondu à l'enquête. En outre, n'ont été pris en compte que les troubles jugés sévères, c'est-à-dire qui ont alerté les travailleurs sociaux et nécessité l'intervention d'un professionnel médical. Sur le terrain, la réalisation de l'enquête se traduisait par la diffusion d'un questionnaire requérant entre trente minutes et une heure trente d'attention. Or, on imagine aisément que ce travail n'a pas pu être réalisé dans les meilleures conditions auprès des personnes les plus marginalisées ou les plus en errance. Plus généralement, les enquêtes qui se fondent sur les diagnostics médicaux ont tendance à sous-estimer l'ampleur de la problématique dans la mesure où elles ne considèrent pas le non-recours aux soins d'une part importante du public sans abri. Ce point a été souligné par une psychologue rencontrée au centre médico-psychologique (CMP) de Roubaix, pour qui de nombreux patients sans abri en souffrance psychique sont reçus en consultation infirmière sans poursuivre ensuite leur parcours de soins jusqu'à la consultation médicale. A l'inverse, les résultats issus de la déclaration des personnes interrogées peuvent se heurter à la limite d'une évaluation individuelle de son propre état psychique.

La difficulté à recueillir des données précises sur le public hébergé atteint de troubles psychiques s'est enfin présentée de façon pratique, lors des investigations menées dans le cadre du mémoire. La question s'est tout d'abord posée en entretien avec des personnes de la discipline psychiatrique, pour distinguer parmi l'ensemble du

⁵⁵ FURTOS, Jean. *Op. cit.*

⁵⁶ MERCUEL, Alain. *Op. cit.*

⁵⁷ BRESSON, Maryse. *Op. cit.*

⁵⁸ GUESDON, Isabelle, ROELANDT, Jean-Luc. *Op. cit.*

public souffrant de troubles psychiatriques ceux qui étaient concernés par une situation de grande précarité. En effet, pour certains psychiatres, toute personne en situation de détresse psychique vit dans une forme de précarité du fait de sa vulnérabilité, et ils ne souhaitent donc pas opérer de distinction dans les situations sociales de leur public. En face, certains professionnels du champ social ne souhaitent pas distinguer les pathologies psychiatriques de la souffrance psychique diffuse parmi le public en grande précarité, outre le fait qu'ils reconnaissent ne pas disposer des compétences médicales nécessaires pour ce faire. La difficulté du recueil s'est aussi posée lors des recherches documentaires, car si les textes étaient nombreux sur les difficultés d'articulation des politiques publiques pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques de même que pour les personnes en situation de grande précarité, il était beaucoup moins aisé de se documenter sur les cas des personnes cumulant ces deux problématiques. La question s'est plus particulièrement posée lors des recherches documentaires menées sur mon terrain de stage, où j'ai pu constater la difficulté pour la DDCS d'avoir une vision précise sur la problématique psychique des publics accueillis dans ses structures. Ce constat amène donc à interroger, au-delà du cloisonnement des disciplines et des compétences, le cloisonnement des institutions et ses conséquences.

1.2 Un contexte institutionnel qui parvient difficilement à associer ces politiques

Après avoir cherché à cerner le public étudié et ses problématiques, qui le situent au carrefour des politiques sanitaires et sociales, il convient d'étudier dans quelle mesure ces dernières parviennent à l'appréhender. Cette partie analysera l'évolution de l'organisation administrative de l'Etat, entre cloisonnements et dispositifs de coordination, mais également l'évolution du secteur psychiatrique et du secteur social pour comprendre leur organisation et leur fonctionnement actuels. Cette analyse permettra de présenter les dispositifs transversaux tout en pointant les limites de l'ouverture de chaque secteur sur l'autre.

1.2.1 Une administration d'Etat récemment réorganisée

Dans ses différentes évolutions, l'organisation de l'administration centrale de l'Etat comme de son administration territorialisée a successivement cloisonné et décloisonné les politiques sanitaires et sociales. Ainsi, le premier ministre de plein exercice chargé à la fois de la solidarité, de la santé et de la protection sociale fut Claude Evin, nommé en 1988 sous le Gouvernement Michel Rocard. Depuis cette époque, les deux fonctions ont été plusieurs fois associées puis dissociées par les gouvernements successifs. Si l'organisation des directions centrales a évolué moins régulièrement que l'intitulé des ministères, elle a connu de profonds changements lors de la révision générale des

politiques publiques (RGPP) engagée en 2007. En effet, l'un des six axes de la réforme étant la modernisation et la simplification de l'organisation de l'Etat, la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et donc le pilotage du dispositif AHI se sont trouvés fusionnés en 2010 au sein d'une direction beaucoup plus large intégrant d'autres missions : la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Dans le champ de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a été remplacée dans le cadre de la loi HPST⁵⁹ par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Si cette réforme visait à favoriser une approche globale de l'offre de soins, intégrant la ville autant que l'hôpital, sa déclinaison territoriale a présenté une limite majeure : par la disparition des directions régionales et départementales des affaires sociales (DRASS et DDASS), la création des agences régionales de santé (ARS) en 2010 a scindé en deux organisations distinctes le pilotage territorial des politiques sanitaires et sociales. De leur côté, les politiques sociales ont été confiées aux directions régionales et départementales de la cohésion sociale (DRJSCS et DDCS), mises en place en 2009 par la réforme de l'administration territoriale de l'Etat (REATE).

En région et en département, cette réorganisation a eu plusieurs conséquences sur le traitement des questions relatives à la santé – précarité : en premier lieu, les médecins inspecteurs de santé publique ayant été rattachés aux ARS, l'absence de compétence médicale au sein des DDCS rend difficile une connaissance des besoins objectivée concernant les problématiques et les besoins de santé des publics accueillis dans le dispositif AHI. Par ailleurs, chaque organisation planifie son action sur la base d'un plan stratégique qui lui est propre : le projet régional de santé (PRS) en ARS et le PDAHI pour le pilotage du dispositif AHI en DDCS. Or, ces plans d'action ne convergent pas forcément sur la définition de leurs priorités. Leur articulation dépend avant tout de la volonté des deux organisations de rapprocher leurs actions. Dans de nombreux territoires, cette volonté est impulsée notamment par des personnes qui avaient appris à travailler ensemble avant la scission des DRASS et des DDASS. La question se pose de manière particulièrement aiguë pour les dispositifs d'accès aux soins des plus démunis, qui sollicitent des financements conjoints de l'ARS et de la DRJSCS ou de la DDCS, dont la pérennité dépend donc du plein engagement de chacun des deux partenaires.

Dans un contexte institutionnel de cloisonnement des politiques sanitaires et sociales, les ARS et les directions de cohésion sociale se retrouvent sur des champs communs d'intervention. Ces derniers comprennent notamment la santé des jeunes et la santé dans le sport, mais surtout le vaste champ de l'accès aux soins des publics vulnérables. Pour cet objectif d'articulation, des lieux sont prévus : la participation de l'ARS au comité de l'administration régionale (CAR), lieu de coordination interministérielle,

⁵⁹ République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 167, 22 juillet 2009

et la participation de la DRJSCS (conseil de surveillance, conférence régionale de la santé et de l'autonomie et commissions de coordination), ainsi que la participation possible de la DDCS aux travaux des conférences de territoire. Pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis, le principal outil de coordination des ARS et des administrations de la cohésion sociale est le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), introduit en 1998 par la loi de lutte contre les exclusions⁶⁰ et qui a pour objet de « *définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion, sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels* » (art. 71 al. 3). Composante obligatoire du PRS, ce programme implique l'administration de la cohésion sociale au sein du comité de pilotage régional. Dans le département du Nord, la DDCS est partie prenante dans la préparation et le suivi de la mise en œuvre du programme, cette implication étant facilitée par la désignation au sein de la DDCS d'une inspectrice référente du lien santé – social, interlocutrice privilégiée du médecin chargé de la mission santé – précarité à l'ARS. Cette articulation permet d'intégrer pleinement le public du dispositif AHI dans le PRAPS, ainsi que d'intégrer dans le PDAHI des fiches-actions visant une meilleure articulation des prises en charge sanitaires et sociales.

1.2.2 Du « grand renfermement » à la sectorisation, une psychiatrie ancienne et qui s'est ouverte sur la cité

La naissance de la « *médecine de l'esprit* »⁶¹ remonte à son premier encadrement juridique dans la loi du 30 juin 1838 régissant le traitement des malades mentaux et les limitations de leur liberté, inspirée par Philippe Pinel et Jean-Etienne Esquirol. Chaque département s'est ainsi doté d'un établissement où les malades étaient internés dans un double objectif thérapeutique et sécuritaire : l'asile. Mais au fur et à mesure que « *la folie [est devenue] un objet d'observation et d'étude* »⁶², avec notamment la naissance de la psychopathologie et de la psychochirurgie, les conditions de vie des internés ont été peu à peu laissées de côté, comme l'explique Jacques Hochmann : « *institution conçue pour accueillir et soigner des fous, l'asile était devenu une institution folle et déshumanisée, dont les rituels et les règlements répressifs visaient à masquer et à contenir la folie* »⁶³. C'est ainsi qu'ont commencé à être de plus en plus entendues les critiques adressées à « *l'ordre psychiatrique* »⁶⁴, dont les plus virulentes ont été portées par le mouvement antipsychiatrique de l'italien Franco Basaglia, mais aussi en France par le sociologue

⁶⁰ République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel, n° 175, 31 juillet 1998

⁶¹ HOCHMANN, Jacques. *Histoire de la psychiatrie*, 2^{ème} édition. Paris : PUF, 2011. 127 p. Collection Que sais-je ?

⁶² COUPECHOUX, Patrick. *Un monde de fous*. Edition du Seuil, janvier 2006. ISBN 2-02-081254-1

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibid.*

Robert Castel et le philosophe Michel Foucault. Selon ce dernier, la psychiatrie vise « *le contrôle social de la déviance* »⁶⁵, elle est l'héritière du « *grand renfermement* »⁶⁶ de l'âge classique, dans lequel on plaçait en hôpital général tous les indésirables, dont les fous qui « *refusaient de passer sous les fourches de la raison commune* »⁶⁷. D'autres, sans remettre en cause le fondement de la psychiatrie, ont centré leurs critiques sur « *le caractère archaïque du dispositif asilaire français* »⁶⁸. Bousculée par les critiques mais aussi par l'échec de sa politique d'internement, la psychiatrie a alors amorcé son tournant historique de la désinstitutionnalisation sous l'inspiration du jeune psychiatre Lucien Bonnafé. La circulaire de 1960⁶⁹ a introduit la psychiatrie de secteur, que Jacques Hochmann surnomme également « *psychiatrie communautaire* »⁷⁰, car elle vise à ouvrir la prise en charge médicale sur l'environnement extérieur pour favoriser la réinsertion sociale du patient. Il s'agit donc de dépasser « *la réponse monolithique de l'hospitalisation* »⁷¹ pour « *offrir aux personnes en difficulté psychique d'une population géographiquement délimitée (un secteur) une gamme de services différenciés correspondant à toutes les étapes ou à tous les niveaux de leur évolution* »⁷². Dans la pratique, une équipe pluridisciplinaire intervient sous l'autorité d'un médecin-chef psychiatre exerçant en établissement tête de secteur, pour proposer plusieurs modes de prise en charge : consultations ambulatoires en CMP, urgences psychiatriques, prises en charge à temps complet ou à temps partiel, intra comme extra-hospitalières, hébergements de type familial ou en appartement thérapeutique, notamment.

Aujourd'hui ouverte sur la cité, la psychiatrie se retrouve en même temps face à une nouvelle interrogation : comment adapter au milieu extérieur l'accompagnement et le suivi de ces personnes que l'on hébergeait autrefois dans les asiles ? En effet, la fermeture des lits et le recentrage de l'activité des hôpitaux sur les phases aiguës n'ont pas toujours été accompagnés par la construction de structures de prise en charge alternatives. Si le débat ne peut être tranché ici, un ancien travailleur social du secteur lillois 59G21 considère que cette « *désinstitutionnalisation des malades* »⁷³ a favorisé la tombée à la rue, puis l'arrivée en structure d'hébergement, des personnes les moins

⁶⁵ JAEGER, Marcel. *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie*, 2^{ème} éd. Paris : Dunod, avril 2006. 166 p. ISBN 2-10-049915-7

⁶⁶ FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*, éditions Gallimard, 1972. 583 p. Collection Tel. ISBN 2-07-029582-6

⁶⁷ HOCHMANN, Jacques. *Op. cit.*

⁶⁸ HENCKES, Nicolas. Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950. *Genèses*, mars 2009, n° 76, p. 76-98

⁶⁹ Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

⁷⁰ HOCHMANN, Jacques. *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris : Le Seuil, 1971

⁷¹ HOCHMANN, Jacques. *Histoire de la psychiatrie*, 2^{ème} édition. Paris : PUF, 2011. 127 p. Collection Que sais-je ?

⁷² *Ibid.*

⁷³ Entretien n° 15

autonomes et les moins préparées à la vie en milieu ordinaire. La personne rencontrée à l'ARS⁷⁴ reconnaît également les contraintes financières ayant conduit à recentrer l'activité des hôpitaux, sans relais systématique en ville. Parallèlement, la psychiatrie a vu apparaître la notion de santé mentale, qui ne se réduit pas à l'absence de maladie psychiatrique mais qui suppose un « *état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui agissent sur la personne elle-même et la communauté* »⁷⁵. La psychiatrie a donc vu élargir sa mission de « *science des maladies mentales* »⁷⁶ à « *médecine du sujet souffrant* »⁷⁷, pour répondre à « *une souffrance existentielle plus ou moins diffuse* »⁷⁸. Ainsi, le secteur est appelé à dépasser la seule réorganisation des soins psychiatriques, désenclaver la psychiatrie pour « *négoier avec d'autres partenaires* »⁷⁹, afin de remplir pleinement la mission qui lui est assignée dans le Code de la santé publique : « *la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* » (art. L. 326). C'est pourquoi la psychiatrie s'est rapprochée du secteur médico-social, avec la possibilité donnée par l'article 51 de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996⁸⁰ de « *créer et gérer des services sociaux et médico-sociaux* ». Elle a également recruté des personnels sociaux et médico-sociaux dans ses services, notamment dans le cadre des permanences d'accès aux soins de santé psychiatriques (PASS psychiatrie) qui visent à faciliter l'accès aux soins par des actions d'ouvertures de droits. Suite aux conclusions du rapport Parquet⁸¹, elle est également sortie de ses murs avec l'institutionnalisation par la circulaire du 23 novembre 2005⁸² des équipes mobiles de psychiatrie – précarité (EMPP), destinées à aller à la rencontre de ceux qui, sans domicile, ne peuvent entrer dans les cases de la sectorisation.

La métropole lilloise concentre une grande part de la démographie psychiatrique de la région Nord-Pas-de-Calais, tandis que cette dernière est sous-dotée par rapport à la

⁷⁴ Entretien n° 7

⁷⁵ COUTY, Edouard. *Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport présenté à la Ministre de la santé, janvier 2009

⁷⁶ JAEGER, Marcel. *Op. cit.*

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Exclusion : vers une clinique psychosociale ? *Pluriels - La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, mars 2000, n° 21

⁸⁰ République française. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n° 98, 25 avril 1996

⁸¹ PARQUET, Philippe-Jean. *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport du groupe de travail mis en place par Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du ministre des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Paris, 2003

⁸² Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

moyenne nationale⁸³. La métropole comprend dix-huit secteurs de psychiatrie, rattachés à trois établissements : l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, situé à Armentières, l'EPSM de l'agglomération lilloise, situé à Saint-André-Lez-Lille et le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille. Parmi ceux-là, le secteur 59G21, qui couvre la périphérie Est de Lille, a été précurseur dans l'ouverture de la psychiatrie sur la cité, notamment sous la direction du Docteur Jean-Luc Roelandt, jusqu'à bénéficier d'une labellisation de l'OMS pour ses pratiques communautaires. Ainsi, la métropole lilloise compte plus d'une cinquantaine d'appartements thérapeutiques et près de trois cents appartements dits associatifs, les EPSM en ayant délégué leur gestion à des associations. Ceux-ci se sont également dotés de pôles médico-sociaux, avec notamment deux maisons d'accueil spécialisées (MAS) pour les personnes les plus dépendantes. L'arrondissement de Lille bénéficie enfin de l'action, appuyée depuis 2010 par celle de deux PASS psychiatrie, de deux EMPP : Diogène, qui intervient depuis 1997 sur huit secteurs de Lille et ses environs, et La Ravaude, qui intervient sur les quatre secteurs du territoire roubaisien.

1.2.3 Un secteur social récent et qui s'ouvre aujourd'hui au domaine de la santé

Issu des anciens foyers de l'aide sociale à l'hébergement, le dispositif AHI a connu une construction juridique récente. En effet, c'est la loi de 1974⁸⁴ qui a instauré les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), dans lesquels les personnes sans abri pouvaient bénéficier d'un hébergement en échange d'une participation financière ou de la réalisation d'un travail pour la structure. La loi du 30 juin 1975⁸⁵ les a ensuite officiellement inscrits dans le champ des « *institutions sociales ou médico-sociales* », menant « *des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien* » (art. 1^{er}). Enfin, en modifiant leur nom, la loi de lutte contre les exclusions⁸⁶ a entériné la mission particulière d'insertion sociale des CHRS. Aujourd'hui, le dispositif AHI s'est profondément diversifié et complexifié, ajoutant notamment aux CHRS les centres d'hébergement d'urgence (CHU) et les structures de stabilisation. La formalisation d'un référentiel national des prestations d'accueil, d'hébergement et d'insertion dans la circulaire du 16 juillet 2010⁸⁷ a marqué l'aboutissement de l'institutionnalisation du dispositif AHI, « *destiné aux personnes en grande difficulté sociale nécessitant une aide*

⁸³ ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé mentale du Projet régional de santé Nord-Pas-de-Calais 2012-2016, 14 janvier 2013

⁸⁴ République française. Loi n° 74-955 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. Journal officiel, 20 novembre 1974

⁸⁵ République française. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁸⁶ République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel, n° 175, 31 juillet 1998

⁸⁷ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports. Circulaire DGCS/1A n° 2010-271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion

globale pour leur permettre d'accéder au logement et de retrouver leur autonomie ». Cet objectif de réinscription dans le droit commun passe nécessairement par l'accomplissement de deux fonctions concomitantes : la gestion de l'urgence sociale, sous forme d'un accueil immédiat et sans condition pour « *toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale* »⁸⁸, et la sortie de l'urgence par l'accompagnement vers l'emploi, le logement et la vie sociale. Cependant, l'Etat souhaite aujourd'hui privilégier aux parcours dits « en escalier » la stratégie dite du « logement d'abord », dans laquelle l'hébergement ne constitue plus un passage obligatoire mais une solution subsidiaire et autant que possible transitoire. C'est notamment dans cette logique que la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové, dite « ALUR »⁸⁹, a consacré juridiquement les SIAO, issus de la refondation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion de novembre 2009. Ceux-ci constituent aujourd'hui le pivot du dispositif AHI : à partir du premier contact établi par le numéro d'urgence 115, les accueils de jour ou bien les maraudes qui vont à la rencontre des gens à la rue, une évaluation sociale est réalisée afin de proposer une orientation sociale adaptée à chaque situation, pouvant se traduire par une solution d'hébergement mais aussi de logement.

S'il s'applique aujourd'hui à mettre en place les conditions de construction de parcours vers l'accès au logement, le dispositif AHI fait en même temps face à une problématique qui dépasse *a priori* ses compétences : l'état de santé dégradé et le recours tardif aux soins d'un grand nombre de personnes accueillies dans ses structures. A la suite de plusieurs rapports ayant établi le lien entre santé et précarité, les associations portant des structures de réinsertion sociale ont peu à peu développé des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins de leur public. Un certain nombre d'entre elles porte donc aujourd'hui des structures médico-sociales, en particulier des lits halte soins santé (LHSS) et des lits d'accueil médicalisé (LAM), financés par l'assurance maladie. Issus de l'expérimentation des lits infirmiers initiée en 1993 par le Samu social de Paris, les premiers ont été créés par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006⁹⁰ afin de proposer, sur avis médical, une prise en charge sanitaire et sociale aux personnes dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue. La durée du séjour ne devant pas en théorie excéder deux mois, des lits d'accueil médicalisé (LAM) ont été mis en place, après une phase d'expérimentation menée entre 2009 et 2012, pour permettre aux personnes souffrant de pathologies chroniques de pronostic sombre de bénéficier d'un accompagnement social ainsi que d'une prise en charge médicale plus développée.

⁸⁸ République française. Loi n° 2009-323 portant mobilisation pour le logement et lutte contre les exclusions du 25 mars 2009. Journal officiel, n° 73, 29 mars 2009

⁸⁹ République française. Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové. Journal officiel, n° 72, 26 mars 2014

⁹⁰ République française. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006. Journal officiel, 20 décembre 2005

En termes de places AHI, l'arrondissement de Lille concentre près de 60 % de la capacité départementale, avec 6 738 places en tout, dont 3 086 places d'hébergement d'urgence, 2 183 places de réinsertion sociale et 414 places de stabilisation⁹¹. Si le taux d'équipement rapporté à la population est le plus élevé du département (2,9 places pour 1 000 habitants⁹²), il doit être rapporté à l'intensité des besoins et s'avère d'ailleurs être tout juste à la hauteur de la demande, au vu de la saturation du dispositif AHI. Précisons en effet que 13 885 personnes ont sollicité pour une demande d'hébergement le SIAO de Lille, géré par la Coordination mobile d'accueil et d'orientation (CMAO), et que 77 % des demandes n'ont pu aboutir, essentiellement par manque de places⁹³. A l'intérieur même de l'arrondissement, où interviennent quarante opérateurs pour la plupart associatifs, la capacité est en outre majoritairement absorbée par les trois grandes villes que sont Lille, Roubaix et Tourcoing. Grâce à des pouvoirs publics et des acteurs associatifs qui se sont très tôt mobilisés sur l'enjeu de l'accès aux soins des personnes sans abri, la métropole est par ailleurs bien dotée en structures LHSS et LAM. En effet, cinq associations gestionnaires de structures d'hébergement gèrent également 33 places de LHSS et 20 places de LAM, dont la régulation est assurée par les médecins de l'association Médecins solidarité Lille (MSL).

⁹¹ Source DDCCS au 30/06/2014

⁹² Préfecture du Nord. Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion du Nord 2011-2015, 2010

⁹³ Source DDCCS 2014

2 Le cas lillois : des parcours qui interrogent l'organisation actuelle des dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale

2.1 Un public qui peine à se construire un parcours dans les dispositifs actuels

Après avoir analysé la complexité des problématiques que rencontre le public étudié et la difficulté des institutions à les appréhender, il convient d'analyser les parcours de prise en charge sur l'arrondissement de Lille. Cette partie amènera donc à étudier la façon dont les publics s'inscrivent dans les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la métropole, pour comprendre les ruptures et les discontinuités qui marquent leurs parcours.

2.1.1 Des parcours chaotiques au sein des structures d'hébergement

Les premières difficultés pour les personnes sans abri souffrant de troubles psychiques se manifestent dès l'entrée dans le dispositif d'hébergement lillois. En effet, les structures elles-mêmes reconnaissent leur difficulté à capter les publics les plus marginalisés, et notamment ceux qui sont isolés par leur souffrance psychique. Lorsqu'ils accèdent à une structure d'hébergement, leur séjour peut être abrégé par leur difficulté à se conformer aux règles de la vie en collectivité : respect des horaires et interdiction de l'alcool, notamment. Outre le cadre normatif, les personnes souffrant d'une pathologie qui affecte leurs liens sociaux peuvent se retrouver gênées par la simple cohabitation avec d'autres personnes. Comme le constate l'infirmier du SIAO de Lille⁹⁴, beaucoup se retrouvent ainsi à répéter les allers et retours entre la rue et les structures d'hébergement, sans qu'il soit possible de mettre en place un projet d'accompagnement durable. Une responsable de l'ABEJ a d'ailleurs remarqué une habitude récurrente traduisant ce nomadisme : certains hébergés ne retirent jamais leur manteau et dorment à côté du lit, façon dire qu'ils n'ont pas prévu de rester dans cet endroit qui n'est pas chez eux⁹⁵. Il est également possible de reprendre le cas cité précédemment de cet homme rencontré à l'accueil de jour de l'ABEJ : souffrant d'un handicap mental, il a fui à de nombreuses reprises les foyers qui l'hébergeaient avant de revenir dans la rue. Selon ses termes, il ne se sent « *pas prêt à être aidé* »⁹⁶ et veut surtout préserver sa liberté. Pour cette raison, il fréquente occasionnellement une halte de nuit et un accueil de jour, afin de trouver un abri et un réconfort tout en évitant de s'inscrire dans un accompagnement de long terme. Ainsi, l'assistante sociale de l'accueil de jour a dû s'adapter à ses longues périodes d'absence pour entamer un travail qui, depuis deux ans, semble ne jamais s'achever.

⁹⁴ Entretien n° 11

⁹⁵ Entretien n° 3

⁹⁶ Entretien n° 12

Un certain nombre d'associations a pris la mesure de ce problème et cherche à s'adresser aux publics les plus marginalisés par leur situation sociale et psychique. Parmi elles, l'ABEJ est aujourd'hui reconnue, tant par les pouvoirs publics que par les autres acteurs associatifs de la métropole, pour le travail qu'elle mène auprès des « *exclus parmi les exclus* »⁹⁷, ceux qui ne trouvent pas de solution adaptée à leur situation dans les dispositifs existants. Fidèle à son inspiration chrétienne, cette association joue un rôle de « *porte d'entrée* »⁹⁸ pour la grande exclusion en considérant que « *toute personne peut espérer et se construire un avenir en ayant sa place dans la société* »⁹⁹. A ce titre, elle a pris le parti d'aborder une attitude tolérante vis-à-vis des personnes que le comportement ou le trouble alcoolique a éloigné des autres structures. Par ailleurs, la métropole lilloise bénéficie de l'existence d'un CHRS qui accueille quarante personnes « *présentant ou ayant présenté des troubles psychiques et bénéficiant de soins psychiatriques* »¹⁰⁰ : le CHRS Agora à Roubaix, géré par l'association La Sauvegarde du Nord. Enfin, une association porteuse de structures sociales est spécialisée dans l'accueil des sans-abri souffrant de troubles alcooliques : l'association VISA. Créée en 1994 pour « *favoriser l'insertion ou la réinsertion sociale, familiale, professionnelle des malades alcooliques* »¹⁰¹, sa mission d'intérêt général en faveur des personnes alcoolodépendantes est d'ailleurs reconnue dans le contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'elle a conclu avec la DDCS. Si l'action de ces quelques structures spécifiques, qui bénéficient de ressources et de partenariats dédiés, apporte une réponse innovante sur le terrain, elle ne peut être à la mesure de l'enjeu de la souffrance psychique qui touche un très grand nombre de personnes sans abri. En outre, il convient de préciser que le CHRS Agora a été créé sur l'initiative d'un secteur de psychiatrie et qu'aujourd'hui encore, il accueille plus de sortants d'hospitalisation psychiatrique sans solution de logement que de personnes sans abri orientées par le SIAO du fait de leur souffrance psychique. La prise en charge psychiatrique préalable est d'ailleurs énoncée comme une condition de l'admission. A VISA, de même, l'admission en CHRS ne peut intervenir que « *suite à une démarche de soins avec le désir de rompre avec l'alcool* »¹⁰². Ce « *principe d'abstinence à la base du contrat de séjour* »¹⁰³ concerne donc d'abord les personnes qui sont sorties de la grande exclusion et qui sont parvenues à s'inscrire dans un parcours de soins.

Du fait de ces réponses parcellaires, certaines personnes souffrant de troubles psychiques arrivent donc à s'inscrire dans les structures d'hébergement, mais leur situation se chronicise très souvent. Le questionnaire adressé aux structures de la

⁹⁷ Entretien n° 13

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ ABEJ. Projet associatif

¹⁰⁰ La Sauvegarde du Nord. CHRS Agora – Projet associatif, 2014

¹⁰¹ VISA. Projet associatif

¹⁰² VISA. CHRS Regain - Règlement de fonctionnement

¹⁰³ *Ibid.*

métropole lilloise met en évidence la présence beaucoup plus importante de troubles psychiques au premier niveau de l'hébergement, c'est-à-dire en hébergement d'urgence et en hébergement de stabilisation, qu'en CHRS¹⁰⁴. Ce constat a été confirmé par l'infirmier rencontré au SIAO de Lille¹⁰⁵. En effet, pour l'ensemble des acteurs interrogés par le questionnaire, les troubles psychiques constituent un frein à l'accompagnement social et donc à l'accès aux structures de réinsertion, dans lesquelles le projet d'accompagnement vers le logement est au cœur du contrat de séjour¹⁰⁶. Désarmés par l'échec d'un accompagnement social qu'ils souhaiteraient plus étroit mais sans le temps disponible pour le faire, et en situation d'impuissance face à la détresse psychique des usagers, les travailleurs sociaux souffrent de ces situations qui dépassent les limites de leurs compétences. La chronicisation des situations d'hébergement est confirmée dans une enquête commandée en janvier 2011 par LMCU au groupe Acadie sur 480 « *séjours anormalement longs* », notamment dans le dispositif AHI, qui recense 186 cas de troubles psychiques. Si la plupart ont déjà effectué des démarches d'accès au logement, celles-ci aboutissent moins fréquemment que pour les autres publics¹⁰⁷. Le diagnostic territorial partagé réalisé par la DDCS sur l'arrondissement de Lille appuie d'ailleurs ce constat, en désignant les personnes souffrant de troubles psychiques dans les publics connaissant le plus de difficultés à sortir de l'hébergement vers le logement.

2.1.2 Des prises en charge médicales morcelées et incomplètes

Dans les structures de l'ABEJ, les personnes hébergées peuvent bénéficier de soins médicaux. En effet, l'association dispose d'un pôle de santé avec du personnel médical et un centre de santé dans le bâtiment de l'accueil de jour. Pour les soins psychiatriques, l'équipe Diogène dispense des consultations médicales au centre de santé de l'ABEJ et des personnels non médicaux assurent des permanences dans vingt-sept structures d'hébergement d'associations partenaires. Les soignants de l'équipe étant mis à disposition à mi-temps par les différents secteurs partenaires, ils facilitent le relais vers les prises en charge médicales de droit commun, selon un système de répartition par secteur en fonction du mois de naissance lorsque la personne n'est pas domiciliée. Les ressources médicales à l'intérieur des structures restent toutefois limitées : l'ABEJ est la seule association à disposer d'un pôle de santé et l'équipe Diogène n'intervient que sur huit secteurs de l'arrondissement, en proposant essentiellement des consultations d'infirmier et de psychologue. L'équipe La Ravaude, pour sa part, intervient plus rarement dans les CHRS, essentiellement sur demande, et ne dispose pas de temps de psychiatre. En définitive, une minorité des structures de la métropole ayant répondu au questionnaire

¹⁰⁴ Annexe 3

¹⁰⁵ Entretien n° 11

¹⁰⁶ Annexe 3

¹⁰⁷ Acadie. *Etude des besoins en hébergement, logement adapté, logement d'intégration, rapport intermédiaire – diagnostic*, septembre 2011

a déclaré avoir des liens avec une EMPP¹⁰⁸. Ailleurs, les travailleurs sociaux se trouvent donc démunis face au cloisonnement des secteurs de psychiatrie, en inadéquation avec le nomadisme de leur public. Par ailleurs, le dispositif des permanences présente une limite à prendre en compte : il suppose que les personnes ayant besoin de soins psychiques s'y présentent et s'engagent ensuite dans un parcours de soins auprès des dispositifs psychiatriques de droit commun. D'autant plus que les membres des équipes mobiles s'accordent sur le temps et la difficulté que peuvent parfois représenter le relais vers les secteurs de psychiatrie¹⁰⁹.

Des dispositifs spécifiques d'accès aux soins existent également à l'extérieur des structures d'hébergement. Sur la métropole lilloise, c'est essentiellement l'association MSL qui a créé des centres de santé proposant des consultations gratuites sans rendez-vous : soins infirmiers, soins médicaux, soins dentaires, dispensation de médicaments, consultations de psychiatrie avec un infirmier et un médecin de l'équipe Diogène deux demi-journées par semaine. MSL peut ensuite organiser un relais vers ses différents partenaires hospitaliers. Si ces points d'accueil ne s'adressent pas exclusivement aux personnes hébergées, ils sont connus des associations de réinsertion sociale, qui y adressent régulièrement des personnes nécessitant des soins de premier recours, notamment psychiatriques. Bien entendu, les personnes hébergées ont également accès à l'ensemble des structures psychiatriques de droit commun ouvertes sur la ville, notamment le centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CP2A), structure intersectorielle de l'EPSM de l'agglomération lilloise qui assure 365 jours par an et 24h/24 des actions d'information, de prévention et de permanence téléphonique, mais également des consultations non sectorisées et des hospitalisations de brève durée. Les urgences psychiatriques ont également un rôle à jouer, mais qui se limite à la prise en charge des situations de crise. Si les personnes hébergées ont accès aux CMP à partir du moment où elles sont domiciliées, l'ensemble des travailleurs sociaux interrogés en entretien ainsi que par questionnaire s'est accordé sur la difficulté pour des personnes en situation de désorientation temporelle de se conformer à des délais d'attente qui atteignent parfois six mois¹¹⁰. Par ailleurs, la plupart des structures sollicitées par questionnaire ont déclaré être en lien avec des dispositifs de prise en charge en addictologie : essentiellement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). Toutefois, l'orientation vers des structures extérieures se trouve confrontée à une difficulté majeure : comme le montre une nouvelle fois le cas de la personne rencontrée à l'accueil de jour de l'ABEJ, il est rare que la personne en

¹⁰⁸ Annexe 3

¹⁰⁹ Entretiens n° 8 et n° 12

¹¹⁰ ROBILIARD, Denys. *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales, 18 décembre 2013

souffrance s'inscrit spontanément dans une démarche de sevrage, sans un accompagnement étroit que les travailleurs sociaux n'ont pas toujours le temps d'assurer à côté du soin.

Pour assurer la continuité et le suivi de la prise en charge médicale, il convient également de souligner l'action d'ouverture de droits menée auprès des publics sans abri souffrant de troubles psychiques. Si, grâce aux filières d'accès aux soins spécifiques et notamment aux consultations médicales gratuites proposées par certaines associations, l'absence de couverture maladie n'est pas un frein à la prise en charge médicale, elle le devient lorsqu'il s'agit d'accéder aux structures psychiatriques de droit commun. Ainsi, deux PASS psychiatrie interviennent sur la métropole, l'une étant rattachée à l'EPSM de l'agglomération lilloise et l'autre à l'EPSM Lille Métropole. Au-delà de leurs compétences spécifiques pour intervenir auprès des personnes présentant des troubles psychiatriques ou repérer ces derniers, leur plus-value par rapport aux PASS généralistes réside dans leur mobilité. En effet, elles peuvent intervenir dans la rue sur demande du SIAO et dans les structures d'hébergement. Elles ajoutent ainsi du temps social, non seulement pour aider les travailleurs sociaux des associations dans leurs missions d'ouverture de droits, grâce à leur partenariat avec l'assurance maladie, mais aussi et surtout pour faire émerger la demande de soin, étape indispensable pour favoriser l'inscription dans un parcours de soin durable. Néanmoins, comme les EMPP, les deux PASS psychiatrie fonctionnent selon des modes très différents : celle de Lille privilégie une action en lien étroit avec l'équipe Diogène, notamment pour assurer un appui social lors de ses permanences en CHRS, tandis que sur Roubaix, son action est plus indépendante. Ainsi, ses liens avec l'équipe La Ravaude sont moins étroits et ses interventions en CHRS sont moins systématiques.

2.1.3 Un accès difficile à des structures médico-sociales adaptées

Sur l'arrondissement de Lille, le dispositif LHSS / LAM bénéficie d'un organisme régulateur indépendant, dispositif unique en France bien qu'il soit mentionné dans le cahier des charges établi au niveau national¹¹¹. Ainsi, l'entrée procédant toujours d'une prescription médicale, l'association MSL reçoit la demande d'un médecin et détermine l'orientation de son patient en fonction de sa pathologie et des places disponibles, avec l'accord de la structure d'accueil. Lorsque la personne est admise, elle visite la structure, étape nécessaire pour se familiariser avec ce nouveau lieu de vie temporaire, et l'admission est conclue sous forme d'un contrat de séjour de quinze jours à deux mois. Si ce système permet l'objectivation de l'orientation et limite l'effet de filière, il n'empêche pas les difficultés d'accès que connaissent aujourd'hui les demandeurs. En effet, comme d'autres en France, le dispositif lillois connaît aujourd'hui une situation de saturation

¹¹¹ DGCS. *Evaluation du dispositif LHSS – Rapport final*, 12 février 2013

permanente. Une étude de besoins menée en 2012 constate que si l'obtention d'un lit est relativement rapide à l'issue d'une demande (25 jours en moyenne), seules trois demandes sur dix sont satisfaites et les listes d'attente s'allongent donc de plus en plus¹¹². Ainsi, MSL a procédé à 139 admissions et formulé 116 refus sur les 33 LHSS de la métropole lilloise en 2012, dont 90 étaient motivés par un manque de places¹¹³. Les personnes en souffrance psychique se retrouvent donc face à des délais d'attente qui les dissuadent parfois de poursuivre la démarche thérapeutique déjà engagée. L'entrée en LAM, filtrée par une procédure d'admission plus formalisée avec l'intervention d'une commission de pré-admission, présente également une liste d'attente importante et logiquement un *turn-over* plus faible. Ainsi, les cas d'abandon pour accéder à une structure LHSS / LAM sont nombreux, tout particulièrement chez les publics en grande précarité sociale et psychique, que la désorientation temporelle empêche d'envisager un parcours de soins sur le long terme.

Malgré ces obstacles, les LHSS et LAM comptent un public important souffrant de problématiques psychiques ou psychiatriques. L'une des raisons à cela est que le dispositif est souvent sollicité à défaut d'autres solutions, notamment pour des personnes qui ont connu des exclusions du fait de leurs troubles de comportement. Il est d'ailleurs à noter que 60 % des usagers du dispositif sur la métropole lilloise ont une dépendance alcoolique ou à la drogue¹¹⁴. Bien que les troubles psychiques constituent rarement le motif d'entrée dans ces structures, qui ont une vocation généraliste, celles-ci se retrouvent à devoir y répondre, en sollicitant le plus souvent des partenaires extérieurs spécialisés en psychiatrie et en addictologie (EMPP et CSAPA). Malgré cette prise en charge, le problème qui se pose pour ces publics est parfois le même qu'en hébergement : la chronicisation de leur situation. En effet, dans un contexte local et national d'allongement des séjours (77 jours en LHSS¹¹⁵ et 340 jours en LAM¹¹⁶ sur la métropole), qui explique d'ailleurs en partie la saturation du dispositif, les personnes ayant des troubles psychiatriques chroniques et celles subissant des décompensations psychiatriques en séjour sont tout particulièrement concernées, ce que confirme le rapport publié par la DGCS en 2013¹¹⁷. Si les LHSS ont une fonction très positive dans la mesure où ils leur permettent de se familiariser avec un cadre de vie collectif tout en bénéficiant de soins dispensés sur place, favorisant ainsi la réinscription dans une démarche thérapeutique, ils ne sont pas conçus pour constituer un cadre de vie durable. C'est notamment pour cela que les pathologies neuropsychiatriques les plus sévères sont

¹¹² Réseau santé - solidarité Lille Métropole. *Etude de besoins sur le dispositif LHSS-LAM*, 29 août 2012

¹¹³ MSL. *Rapport d'activité 2012*

¹¹⁴ Réseau santé – solidarité Lille Métropole. *Op. cit.*

¹¹⁵ MSL. *Op. cit.*

¹¹⁶ Entretien n° 4

¹¹⁷ DGCS. *Op. cit.*

aujourd'hui un motif de refus en LHSS et font plus souvent l'objet d'orientations vers les LAM. Ainsi, comme le confirme le rapport publié par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)¹¹⁸, les LAM hébergent de plus en plus de publics fortement dépendants (la moitié souffre du syndrome de Korsakoff selon la responsable de la clinique Les Glycines qui héberge les LHSS et LAM de l'ABEJ¹¹⁹). Or, selon les soignants, certains d'entre eux devraient relever de structures médico-sociales avec une prise en charge médicale plus étroite, notamment de foyers d'accueil médicalisé (FAM).

Toutefois, l'accès à ces structures peut s'avérer encore plus difficile pour les personnes en grande marginalité. En effet, le passage de la notion de maladie psychique à celle récemment créée de handicap psychique¹²⁰, qui désigne une « *incapacité définitive* »¹²¹, suppose une reconnaissance officielle, accordée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui verse en outre l'allocation aux adultes handicapés (AAH). L'ouverture des droits sociaux étant déjà une mission fastidieuse auprès des personnes les plus désinsérées, comme il a été vu précédemment, la reconnaissance du handicap est une nouvelle étape qui ajoute du temps à la mise en place effective d'une prise en charge adaptée. La personne chargée des questions de santé mentale à l'ARS Nord-Pas-de-Calais¹²² a d'ailleurs pointé l'obstacle des délais de traitement des dossiers de reconnaissance de handicap, mais également la difficulté d'évaluation de situations souvent très évolutives. Sur l'accès aux structures médico-sociales à l'issue de la reconnaissance du handicap, elle a mis en avant la question des restes à charge mais également l'insuffisance de structures adaptées. En effet, si la région Nord-Pas-de-Calais bénéficie d'un taux d'équipement pour adultes handicapés équivalent à la moyenne nationale (3,7 places pour 1 000 adultes en 2010¹²³), les acteurs interrogés déplorent le manque d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) dédiés aux publics souffrant de handicap psychique. Cette situation favorise notamment dans le département du Nord le transfert de certaines personnes dont le handicap a été reconnu vers des structures belges, phénomène étudié dans le rapport Gallez¹²⁴. Néanmoins, certains professionnels du champ social pointent également des difficultés d'accès particulières pour les publics issus de leurs structures, qui, selon leurs

¹¹⁸ Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie. *Lits d'accueil médicalisé - Evaluation de l'expérimentation – Rapport de synthèse*, août 2012

¹¹⁹ Entretien n° 4

¹²⁰ République française. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 36, 12 février 2005

¹²¹ JAEGER, Marcel. *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie*, 2^{ème} éd. Paris : Dunod, avril 2006. 166 p. ISBN 2-10-049915-7

¹²² Entretien n° 7

¹²³ ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé mentale du Projet régional de santé Nord-Pas-de-Calais 2012-2016, 14 janvier 2013

¹²⁴ GALLEZ, Cécile. *L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique*, novembre 2008

mots, « *ne sont pas prioritaires dans la file d'attente* »¹²⁵. Si ce phénomène est difficilement mesurable, il peut trouver une explication dans le fait que la grande précarité rend inévitablement plus complexe l'accompagnement médico-social. En outre, les établissements médico-sociaux s'adressent à des personnes dont le maintien en milieu de vie ordinaire est rendu impossible du fait de leur handicap. Ils souhaitent donc que reste distincte la frontière entre leur mission spécifique de prise en charge du handicap et la mission d'hébergement des structures AHI.

2.2 Une organisation de la prise en charge remise en question dans ses fondements

La partie qui précède visait à analyser l'inscription du public étudié dans les différents dispositifs sociaux, sanitaires et médico-sociaux de la métropole lilloise. Il s'agit désormais de montrer dans quelle mesure les ruptures et les discontinuités mises en évidence dans les parcours interrogent le cœur de l'organisation de nos dispositifs, étape nécessaire pour formuler des préconisations opérationnelles visant à repenser les modalités de coordination des acteurs.

2.2.1 Un public stigmatisé et une méconnaissance de ses problématiques

L'organisation de la prise en charge peut tout d'abord être remise en question dans la manière dont elle traduit l'incompréhension du public et de ses problématiques. Le premier signe de cette incompréhension tient aux modalités d'accueil dans les structures de droit commun. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des structures médicales de droit commun fonctionnent par rendez-vous, mais également les structures de réinsertion sociale, par exemple pour les entretiens sociaux organisés de façon régulière. Si la prise de rendez-vous peut être justement une manière d'aider la personne à retrouver son autonomie, elle est souvent inefficace aux premiers stades de l'accompagnement, comme l'ont confirmé en entretien la plupart des professionnels travaillant au contact de ces publics. Par ailleurs, et sans conclure à aucune généralité dans le domaine, il est nécessaire d'évoquer les cas de refus de prise en charge, implicites ou explicites, ainsi que les exclusions qui peuvent parfois survenir, dans le milieu sanitaire mais aussi social. A ce sujet, un professionnel rencontré au SIAO¹²⁶ de Lille explique retrouver très souvent à la rue des personnes victimes de ruptures de prise en charge du fait de leurs troubles de comportement. Dans le milieu psychiatrique, la réticence de certains secteurs à prendre en charge les grands précaires s'exprime dans la difficulté que rencontrent les équipes mobiles, pourtant chargées d'établir ce lien, à y faire prendre en charge leurs patients de façon durable. Ainsi, l'EMPP interrogée constate l'investissement inégal des secteurs partenaires et notamment la constitution de « *micro-*

¹²⁵ Entretien n° 13

¹²⁶ Entretien n° 11

filières »¹²⁷ dans certains d'entre eux, le public restant en quelque sorte étiqueté par l'orientation de l'équipe mobile. Pour cette raison, bien qu'elle n'ait pas vocation à « *dédouaner* »¹²⁸ les secteurs de leur mission, elle se retrouve souvent à poursuivre l'accompagnement des personnes après leur entrée dans les dispositifs de droit commun. En outre, des travailleurs sociaux ont rapporté en réunion les consignes fixées par certains CMP de n'adresser que des personnes pour qui un diagnostic médical préalable a été posé, alors même que leur rôle est celui d'une consultation ambulatoire de premier recours. En hospitalisation, la réticence est le plus souvent mue par la crainte que l'hôpital soit utilisé « *comme un hôtel* »¹²⁹, la prise en charge de la pathologie psychiatrique se transformant en un hébergement hospitalier à défaut d'autres solutions. Selon le médecin inspecteur de santé publique (MISP) rencontré à l'ARS¹³⁰, cette tendance s'explique notamment par une clarification des missions de l'hôpital, qui est de plus en plus incité à recentrer son activité sur le traitement des phases de décompensation aiguë, tandis que « *les personnes en situation de grande précarité sont réputées rester trop longtemps* »¹³¹. Ainsi, malgré le travail des services sociaux hospitaliers, l'infirmier du SIAO de Lille déplore un trop grand nombre de « *sorties sèches de psychiatrie* »¹³².

La question des refus de prise en charge et des exclusions amène inévitablement à poser la question de la consommation alcoolique ou de drogue. En effet, comme il a été dit précédemment, les troubles addictifs sont très présents chez les personnes vivant à la rue, d'autant plus dans le cas de pathologies psychiatriques associées. Or, la consommation de substances toxiques est officiellement inscrite comme un motif de fin de prise en charge dans le règlement de la plupart des structures d'hébergement. Souvent associée à des troubles de comportement, elle est d'ailleurs à l'origine d'un nombre important de retours à la rue et favoriserait également, selon certains témoignages, la constitution d'une « *liste noire* » des personnes à ne plus accueillir. Si la mise en place du SIAO favorise l'objectivation de l'attribution des places d'hébergement, il semble que ce phénomène n'ait pas disparu. Au-delà de cette pratique contestable et difficilement mesurable, la réticence à tolérer la consommation au sein des structures d'hébergement n'est pas seulement motivée par le trouble à la sécurité des lieux : les responsables associatifs, notamment à VISA, insistent sur la vocation sociale de leur structure. Selon eux, la logique consiste donc à envisager l'hébergement et l'accompagnement social dans un « *cadre de vie sans alcool* »¹³³, après l'initiation d'une démarche de sevrage.

¹²⁷ Entretien n° 8

¹²⁸ ARVEILLER, Jean-Paul, MERCUEL, Alain (dir.). *Santé mentale et précarité – Aller vers et rétablir*, Paris : éditions Lavoisier, 2012. 108 p. ISBN 978-2-257-20495-0

¹²⁹ MARQUES, Ana, VELPRY, Livia. L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité, *L'information psychiatrique*, volume 89, juin 2013, p. 465-472

¹³⁰ Entretien n° 7

¹³¹ *Ibid.*

¹³² Entretien SIAO

¹³³ VISA - CHRS Regain - Règlement de fonctionnement

Du fait d'une organisation de la prise en charge qui ne parvient pas encore à « *développer une praxis globale* »¹³⁴ de la prise en charge des publics précaires atteints de troubles psychiques, « *beaucoup restent au milieu du gué* »¹³⁵. Ils se retrouvent à mi-chemin de plusieurs disciplines, comme le déplore un répondant au questionnaire : « *certains publics cumulant les difficultés sociales, d'addiction et de troubles psy sont systématiquement renvoyés de la psychiatrie vers le social, du social vers le médical, et inversement* »¹³⁶. Un article résume ce phénomène en ces termes : « *entre les deux, le sujet devient un mauvais objet qu'on se renvoie, chacune des deux parties soupçonnant l'autre de vouloir lui refiler les personnes qu'elle ne sait pas ou ne veut pas traiter* »¹³⁷. Chaque acteur se sentant démuné et incompetent pour assurer une prise en charge globale de ces personnes, il les adresse à d'autres professionnels dans une logique que le rapport Girard appelle la « *patate chaude* »¹³⁸. Ce phénomène a d'ailleurs transparu en réunion, notamment lorsqu'un médecin de CMP a donné comme consigne aux travailleurs sociaux de ne pas lui adresser les situations qu'il qualifie de mal-être. Le Docteur Mercuel dénonce pour sa part le discours plus extrême de certains psychiatres, qui cherchent à dissocier les problématiques sanitaires et sociales en scandant « *la rue n'est pas notre mission !* »¹³⁹. Si, selon lui, la situation actuelle est plus favorable, avec des psychiatres qui ont « *sorti sur le trottoir leur fauteuil de consultation* »¹⁴⁰ et des travailleurs sociaux qui « *accueillent avec plus de tolérance les malades mentaux* »¹⁴¹, elle succède à des années de conflit où les uns répondaient « *hébergez-le et on le soignera* »¹⁴² aux autres qui disaient « *soignez-les et on les hébergera* »¹⁴³. Un article rapporte de même les propos très parlants d'une assistante sociale : « *si une personne n'a pas les pieds sur terre, ce n'est plus de mon ressort* »¹⁴⁴. Cette logique ne se réduit pas aux relations entre le secteur social et le secteur sanitaire, elle se manifeste également au sein même de ce dernier : un responsable de l'association VISA évoquait la difficulté d'obtenir une prise en charge psychiatrique pour une personne présentant un trouble bipolaire, sans avoir au préalable fait prendre en charge la problématique alcoolique par un service d'addictologie.

¹³⁴ CABANEL, Françoise, LUNGERI, Patricia. Psychiatrie – social : quelques réflexions en guise d'idées, *Empan*, février 2005, volume 58, p. 64-70

¹³⁵ PARQUET, Philippe-Jean. *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport du groupe de travail mis en place par Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du ministre des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Paris, 2003

¹³⁶ Annexe 3

¹³⁷ L'articulation du soin psychiatrique et de l'action sociale. *Pluriels - La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, mars 2000, n° 21

¹³⁸ CHAUVIN, Pierre, ESTECAHANDY, Pascale, GIRARD, Vincent. *La santé des personnes sans chez soi*, rapport remis à la Ministre de la santé et des sports, novembre 2009

¹³⁹ MERCUEL, Alain. *Souffrance psychique des sans-abri – Vivre ou survive*, Paris : éditions Odile Jacob, novembre 2012. 214 p. ISBN 978-2-7381-2863-8

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ MARQUES, Ana et al. Formation action sociale / santé mentale : évaluation d'impact, *L'information psychiatrique*, janvier 2013, volume 89, p. 43-49

Le rapport Girard dresse le même constat pour établir le lien avec les acteurs de la prise en charge somatique : « *les professionnels du somatique et de la psychiatrie ont souvent tendance à se renvoyer la balle et co-construire des logiques de “ patates chaudes ” dont les personnes sans abri font les frais* »¹⁴⁵.

2.2.2 Une incompréhension mutuelle des différents acteurs de la prise en charge

Les ruptures et discontinuités des parcours mettent également en évidence les incompréhensions qui séparent les différents acteurs de la prise en charge sanitaire et sociale, les empêchant de parvenir à une articulation efficace de leurs dispositifs. Ces incompréhensions se traduisent d’abord dans la façon d’aborder le public et les réponses à lui apporter. Marcel Jaeger, référence dans la littérature relative à la psychiatrie – précarité et qui se distingue par sa formation pluridisciplinaire, a constaté durant toute sa vie professionnelle ce décalage entre les « *lunettes thérapeutiques* »¹⁴⁶ et les « *lunettes éducatives, pédagogiques et sociales* »¹⁴⁷, chacun accusant « *l’autre rive d’utiliser des prothèses visuelles inadaptées à la réalité du psychisme des individus* »¹⁴⁸. L’auteur explique notamment que chaque secteur agit selon une temporalité différente : selon lui, le secteur psychiatrique travaille sur un temps relativement bref du fait de sa technicité médicale, tandis que le secteur social travaille sur la socialisation et la citoyenneté, qui s’inscrivent sur le long terme. Il est toutefois intéressant de remarquer qu’une autre lecture peut être donnée sur cet écart de temporalité : pour certains psychiatres, ce sont au contraire les travailleurs sociaux qui attendent une réponse immédiate aux troubles perturbant l’accompagnement social et qui ne parviennent pas toujours à concevoir que le soin psychiatrique s’inscrit sur le long terme.

Les incompréhensions entre acteurs s’expriment également dans ce que le rapport Parquet désigne comme « *une méconnaissance profonde et réciproque des champs de compétence, des pratiques et des dispositifs des acteurs sociaux et des acteurs de santé mentale* »¹⁴⁹. Ce rapport analyse tout d’abord la méconnaissance réciproque des pratiques professionnelles, mais également des références théoriques de chaque discipline. Il pointe ensuite la méconnaissance des multiples dispositifs, dont les missions ne sont pas toujours lisiblement ou explicitement distinguées, comme le début de ce mémoire a pu le montrer. Cette méconnaissance s’exprime notamment dans le secteur social, face à l’organisation de la sectorisation psychiatrique et la répartition des missions entre les différents pôles de chaque secteur. Pour des personnes cumulant plusieurs troubles, les travailleurs sociaux se retrouvent également à se demander, de la

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ JAEGER, Marcel. *L’articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie*, 2^{ème} éd. Paris : Dunod, avril 2006. 166 p. ISBN 2-10-049915-7

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ PARQUET, Philippe-Jean. *Op. cit.*

psychiatrie ou de l'addictologie, qui solliciter. Si cette méconnaissance est facteur d'incompréhension mais aussi de défiance entre les acteurs de la prise en charge, elle est en même temps consciente et beaucoup de professionnels la déplorent. En effet, dans le cadre destiné à l'expression libre, les répondants au questionnaire mentionnent le « *manque de connaissance des partenariats possibles* »¹⁵⁰, « *les difficultés de compréhension dans les relais* »¹⁵¹, la « *méconnaissance des troubles* »¹⁵², ainsi que le « *manque de concertation* »¹⁵³ et le « *manque de communication en règle générale* »¹⁵⁴. Plus rarement se retrouve pointé le « *manque de transparence* »¹⁵⁵ de certains professionnels. Cette difficulté a également été exprimée lors de réunions tenues à Lille entre acteurs de la psychiatrie et du social, en particulier pour trouver un interlocuteur adapté dans les situations d'urgence et de crise. Du côté de la psychiatrie, cette incompréhension est apparue en entretien, notamment lorsque certains psychiatres ont parlé du secteur médico-social pour désigner les CHRIS.

Les incompréhensions qui font obstacle à une articulation efficace des différentes modalités de prise en charge amènent à conclure cette partie en pointant le cloisonnement des formations. En entretien comme dans leurs réponses au questionnaire, plusieurs professionnels du champ social ont déploré le « *manque de formation pour bien identifier ce dont les personnes souffrent* »¹⁵⁶. Cette « *mosaïque* »¹⁵⁷ des formations correspond logiquement à celle des disciplines et des dispositifs. S'il ne s'agit pas de considérer que chaque acteur doit remettre en question son identité professionnelle en se formant sur l'ensemble des professions avec lesquelles il peut être amené à travailler, il s'agit de reconnaître que la tendance à la spécialisation peut parfois empêcher « *une approche globale et transversale* »¹⁵⁸ des situations et la « *transférabilité des compétences* »¹⁵⁹, face à des cas complexes aux frontières de chaque discipline.

2.2.3 Une non-réponse génératrice de coûts pour la collectivité

Si les difficultés d'articulation des dispositifs de prise en charge des publics hébergés atteints de troubles psychiques soulèvent d'évidents enjeux éthiques et humains, elles interrogent également l'efficacité de nos politiques publiques, dans un contexte économique contraint. Bien qu'elle soit difficilement mesurable et objectivable, la non-réponse à des situations complexes induit des coûts évitables, que l'on peut tout

¹⁵⁰ Annexe 3

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² *Ibid.*

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ JAEGER, Marcel. *Op. cit.*

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ *Ibid.*

d'abord analyser au niveau du budget opérationnel de programme (BOP) 177¹⁶⁰ qui finance notamment l'hébergement d'urgence, de stabilisation et de réinsertion sociale. En effet, comme déjà évoqué, un grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques ne parvient pas à s'inscrire durablement dans le dispositif AHI et répète les allers et retours entre la rue et les hébergements. Ce phénomène induit d'évidents surcoûts de gestion pour la mission de veille sociale, assurée par le SIAO et le 115. Au sein des structures, la chronicisation des situations les plus complexes favorise l'engorgement d'un dispositif qui doit en même temps répondre au principe d'inconditionnalité de l'accueil que lui confère la loi. Les structures d'hébergement ayant un objectif de réinsertion sociale de leurs usagers, les pouvoirs publics sont notamment attentifs à l'indicateur du taux de sorties vers le logement, signe du succès de l'accompagnement social. Or, les sorties positives du dispositif AHI sont malheureusement plus rares pour les publics dont la pathologie psychiatrique ou addictive entrave la prise en charge sociale. Les surcoûts s'expriment également dans le fait que les personnes les plus dépendantes ont besoin d'un accompagnement plus étroit pour faire face à leurs démarches, notamment administratives. L'exposé précédent a montré que les structures médico-sociales de type LHSS / LAM sont également concernées par des situations d'engorgement. De plus en plus sollicitées à défaut d'autre solution, elles se retrouvent à prendre en charge sur le long terme, soit des publics en souffrance psychique qui pourraient relever d'une structure d'hébergement à condition d'une coordination efficace, soit des publics présentant des troubles neuropsychiatriques sévères qui devraient relever de structures plus médicalisées. Dans les deux cas, l'inadéquation du dispositif génère des surcoûts évitables pour l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM) médico-social : les publics en souffrance psychique se retrouvent dans une prise en charge médico-sociale financée annuellement à hauteur de 37 230 € par lit en LHSS¹⁶¹, tarif plus de deux fois supérieur à ceux de l'hébergement, tandis que la situation des publics les plus dépendants favorise l'engorgement d'un dispositif qui n'est pas en mesure de répondre à leurs besoins.

Les surcoûts liés à la prise en charge des publics précaires atteints de troubles psychiques impactent également le secteur sanitaire. A l'entrée du champ psychiatrique, le début de ce travail a notamment mis en évidence la difficulté pour certaines filières spécifiques d'accès aux soins d'obtenir un relais efficace et durable vers les structures de droit commun. Ainsi, certaines EMPP et PASS psychiatrie se retrouvent à assurer une mission d'accompagnement qui excède souvent leurs moyens sur le terrain. Au niveau des consultations, si certaines structures en proposent gratuitement aux personnes n'ayant pas de couverture maladie, les retards dans l'ouverture des droits et donc dans

¹⁶⁰ « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables »

¹⁶¹ DGCS. *Evaluation du dispositif LHSS – Rapport final*, 12 février 2013

les remboursements de l'assurance maladie impactent parfois dangereusement leur budget. Les centres de santé confrontés à la grande précarité connaissent également des difficultés financières, du fait de temps d'échange en moyenne plus longs tandis que le tarif des consultations est forfaitaire. L'accès au droit commun intervenant plus tardivement pour les publics précaires, les surcoûts se retrouvent aussi au dernier maillon de la chaîne, en hospitalisation. Comme le développe le rapport Piel et Minard¹⁶², celle-ci intervient plus tard, lorsque se sont aggravées les pathologies, psychiatriques comme somatiques, et souvent en urgence, lorsque survient une phase de décompensation aiguë. Le secteur hospitalier se retrouve donc à prendre en charge des situations plus lourdes et des comorbidités avancées qui nécessitent une coordination en urgence des différents professionnels médicaux. A la fin de la phase aiguë, les services sociaux hospitaliers se retrouvent en tension entre les contraintes de la structure et la nécessité d'éviter le retour à la rue des patients. Dans ce contexte, le prolongement de certains séjours hospitaliers pèse bien entendu plus lourdement sur les finances publiques que ne pèserait une solution d'hébergement ou de logement adaptée, mais également une solution de prise en charge médico-sociale pour les personnes les plus dépendantes. Ainsi, une étude menée en 2011 sur les séjours dits « *anormalement longs* »¹⁶³, notamment dans le secteur hospitalier lillois, pointe la surreprésentation de publics cumulant des troubles psychiques et des difficultés d'accès au logement.

En définitive, il s'agit de démontrer ici que ce ne sont pas les situations complexes qui génèrent des surcoûts pour la collectivité, mais bien plutôt les manières d'y répondre. L'hypothèse retenue au début de ce mémoire est que l'enjeu principal pour apporter cette réponse est de repenser la coordination des différents acteurs de l'accompagnement. En perspective, sans s'interdire d'envisager le renforcement de dispositifs pertinents ayant montré leur efficacité, il ne s'agira pas non plus de proposer systématiquement une augmentation quantitative des structures et des capacités d'accueil, qui se limiterait rapidement à la question de leur soutenabilité financière. En effet, l'enjeu consiste bien plutôt à réfléchir aux modalités de coordination à envisager ou à renforcer pour améliorer l'efficacité et l'efficacités de nos réponses. Si cette coordination à elle seule a également un coût à court terme, il convient de raisonner sur le long terme pour concevoir les économies qu'elle peut générer.

¹⁶² MINARD, Michel, PIEL, Eric et al. *Psychiatrie et grande exclusion*, rapport au Secrétariat à l'action humanitaire d'urgence, Paris, juin 1996

¹⁶³ Acadie. *Etude des besoins en hébergement, logement adapté, logement d'intégration, rapport intermédiaire – diagnostic*, septembre 2011

3 Perspectives : repenser la coordination des acteurs pour favoriser l'accompagnement global des usagers

3.1 La coordination pour réorganiser la prise en charge sanitaire et sociale

La coordination des acteurs doit tout d'abord favoriser une meilleure articulation des prises en charge sanitaires et sociales autour des structures du dispositif AHI, afin de tendre vers une approche globale des problématiques des usagers atteints de troubles psychiques. Avant même l'articulation de ces prises en charge, la coordination doit viser une compréhension commune des besoins de ce public et de l'offre déjà existante, afin que les acteurs s'accordent sur les perspectives à envisager. Il s'agira ensuite de proposer des modalités de renforcement ou de développement des partenariats visant à rapprocher le soin des personnes hébergées, pour réfléchir enfin aux pistes à envisager dans la construction d'une plateforme de coordination sanitaire et sociale au sein du dispositif AHI.

3.1.1 Améliorer la connaissance des besoins et de l'offre existante

L'amélioration de la connaissance des besoins et de l'offre doit passer en amont par l'institutionnalisation de formations et de sessions d'information communes, pour « *sensibiliser et former les intervenants de tous ordres* »¹⁶⁴ dans la perspective de l'émergence d'une « *culture commune entre partenaires du social et du soin* »¹⁶⁵. Il s'agit donc à la fois de faciliter le repérage de la souffrance psychique et la connaissance des dispositifs de soins pour les acteurs sociaux, ainsi que la connaissance du champ social et la compréhension des situations d'exclusion pour les acteurs sanitaires. Si des sources documentaires et méthodologiques ont été constituées ces dernières années pour soutenir les échanges sur le terrain, notamment grâce aux publications de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP) issu en 2000 de l'Observatoire régional de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion constitué en région Rhône-Alpes (ORSPERE), les professionnels ont également besoin d'échanges et de rencontres sur leur territoire. Si la mission d'information est présente dans le cahier des charges des EMPP, qui mentionne des « *actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité* »¹⁶⁶, des « *actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de*

¹⁶⁴ MINARD, Michel, PIEL Eric et al. *Op. cit.*

¹⁶⁵ MORCELLET, Pierre. Effets et actes de soins, *Vie sociale et traitements*, janvier 2009, n° 101, p. 20-24

¹⁶⁶ Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer. Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du Mario REDAELLI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2015

savoirs »¹⁶⁷, elle se retrouve parfois relayée au second plan face à l'ampleur du travail à réaliser auprès des usagers. Issus également des conclusions du rapport Parquet¹⁶⁸ de 2003, ce sont surtout les RPSM qui ont institutionnalisé les échanges entre professionnels du social et de la psychiatrie sur Lille. Inscrits aujourd'hui tant dans le Programme régional de santé mentale¹⁶⁹ que dans le PRAPS¹⁷⁰, les RPSM se sont multipliés dans la région Nord-Pas-de-Calais, le seul arrondissement de Lille en comportant cinq. S'ils se réunissent tous au moins une fois par trimestre, leur dynamisme et leurs modes de fonctionnement restent très hétérogènes. En ARS, l'IASS a donc un rôle majeur pour favoriser la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés, notamment les professionnels médicaux de la psychiatrie de droit commun, ainsi que pour renforcer les fonctions d'animation par « *l'usage des lettres de mission et chartes d'engagement* »¹⁷¹. Dans son rôle de pilotage régional, il doit également favoriser l'harmonisation de leur fonctionnement, notamment dans la mission d'évaluation des réseaux réalisée par l'ARS, et favoriser la communication sur leurs actions. Il peut aussi proposer l'implication de nouveaux acteurs, par exemple ceux de l'addictologie. A ce titre, il est intéressant d'évoquer le soutien de la DDCS de la Sarthe à l'expérimentation par le pôle santé – addiction de l'association Montjoie d'actions de formation et de sensibilisation aux troubles psychiques et addictifs, adressées notamment aux acteurs du dispositif AHI. Par ailleurs, l'exemple de l'EMPP « Santé mentale et exclusion sociale » (SMES) installée à l'hôpital Sainte-Anne à Paris nous montre que les équipes mobiles peuvent sensibiliser les futurs professionnels très tôt, en intervenant dans les formations initiales.

Les acteurs de première ligne ont également besoin d'un soutien et d'un appui dans le cadre de leur exercice professionnel, pour faire face aux situations complexes qui dépassent le cadre de leurs compétences. Si la mission de « *soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision)* »¹⁷² est inscrite dans le cahier des charges des EMPP, leurs effectifs et leurs moyens leur permettent rarement de répondre aux sollicitations de tous les acteurs sociaux. C'est pourquoi ici, la contractualisation entre établissements psychiatriques et structures d'hébergement a un rôle crucial : les professionnels des deux structures s'engagent dans ce cadre à se proposer un appui mutuel pour les situations les plus complexes, sous formes d'interventions sur place ou de

10 décembre 2002 relative aux maisons relais, Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

¹⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸ PARQUET, Philippe-Jean. *Op. cit.*

¹⁶⁹ ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé mentale du Projet régional de santé Nord-Pas-de-Calais 2012-2016, 14 janvier 2013

¹⁷⁰ ARS Nord-Pas-de-Calais. PRAPS III Nord-Pas-de-Calais, 2013

¹⁷¹ ARS Nord-Pas-de-Calais. Rapport d'évaluation des RPSM 2013, 2013

¹⁷² Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer. *Op. cit.*

réunions d'analyse de situations. Dans sa convention avec l'EPSM, le CHRS Agora utilise le terme de « supervision » pour désigner l'appui d'un professionnel de santé à un travailleur social et organise régulièrement des stages croisés, au cours desquels les professionnels s'appuient mutuellement. L'équipe La Ravaude participe pour sa part à certaines réunions d'équipe en CHRS, où sont évoquées les situations posant le plus de difficultés aux travailleurs sociaux. Il convient également de mentionner l'action précurseur du service d'appui SMES de l'hôpital Sainte-Anne, qui se tient à la disposition, notamment par téléphone, de l'ensemble des structures sociales avec lesquelles il a contractualisé pour faire face aux situations cliniques complexes. Le rôle de l'IASS est ici aussi majeur : en ARS comme en DDCS, son rôle d'animateur territorial doit l'amener à soutenir les démarches partenariales initiées pour favoriser les échanges interprofessionnels, mais également à impulser la contractualisation entre des structures qui travaillent ensemble sans cadre conventionnel, notamment en apportant un appui méthodologique aux acteurs. A ce sujet ne peut être éludée la question du secret partagé, bien qu'elle dépasse le champ de compétences de l'IASS. En effet, si certains soignants interrogés craignent aujourd'hui l'étiquetage de leurs patients en divulguant des informations sur leur maladie, une formalisation juridique de cette notion favoriserait peut-être « *un travail en confiance et dans la solidarité* »¹⁷³. Ainsi, une meilleure compréhension de la situation de l'utilisateur et de sa souffrance par chaque acteur faciliterait une prise en charge globale de l'utilisateur, tout en préservant son intimité.

Si la compréhension partagée des besoins est nécessaire chez les acteurs de terrain, elle l'est également au niveau des autorités de tutelle. En effet, pour envisager des perspectives de coordination adaptées aux problématiques des usagers, l'IASS a un rôle d'observation sociale. L'analyse des besoins est d'ailleurs la première étape de la démarche de planification, tant dans le secteur social que dans le secteur sanitaire. Il s'agit notamment, en partenariat entre la DDCS et l'ARS, de réfléchir aux modalités d'inclusion de données relatives aux besoins de santé dans les outils d'observation sociale du dispositif AHI. Cet objectif figure d'ailleurs dans le PDAHI du Nord et le déploiement des diagnostics territoriaux à 360° appelle aujourd'hui les pouvoirs publics à se coordonner pour aboutir à une connaissance globale des besoins des personnes hébergées. L'analyse des ruptures dans les parcours peut ensuite intervenir ponctuellement dans le cadre des inspections, par exemple pour comprendre les motifs des ruptures de prise en charge. Elle peut aussi se faire plus régulièrement par l'intermédiaire du SIAO, qui recueille les motifs de refus d'admission des structures d'hébergement et suivre les difficultés d'accès ou de maintien dans le dispositif AHI de certains publics cumulant plusieurs problématiques.

¹⁷³ MORCELLET, Pierre. *Op. cit.*

3.1.2 Favoriser les partenariats rapprochant le soin des publics hébergés

On a pu voir précédemment que l'un des éléments d'une inscription durable dans le parcours de soins de droit commun est l'accès à une couverture maladie. La première perspective à envisager est donc le rapprochement des acteurs de l'accès aux droits des acteurs de l'accès aux soins. Pour cette raison, il convient de renforcer la coordination des interventions des PASS psychiatrie et des EMPP en structure d'hébergement. Ce rapprochement permet notamment d'appuyer le travail mené par les travailleurs sociaux de la structure, en y ajoutant les compétences de professionnels habitués à la relation avec les personnes en souffrance psychique. Deux exemples sont intéressants à cet égard : l'hébergement de la PASS psychiatrie et de l'équipe mobile dans les mêmes locaux du service SMES à l'hôpital Sainte-Anne, ainsi que la fusion des deux équipes à Cambrai, sous le nom d'équipe mobile PASS précarité - psychiatrie (EM3P). Pour autant, agir sur l'action des PASS ne signifie pas négliger le rôle qu'ont à jouer les premiers acteurs de l'ouverture de droit, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). C'est dans cette perspective que l'ARS Nord-Pas-de-Calais, en lien avec l'assurance maladie, travaille à la sensibilisation des professionnels des CPAM aux questions de précarité, notamment par la généralisation des formations, en tenant compte du *turn over* des personnels. Elle envisage également la désignation de référents santé - précarité qui puissent être interlocuteurs des PASS ainsi que des SIAO. A noter que cette dernière mesure est déjà mise en place dans le département de la Sarthe dans le cadre du PRAPS.

La coordination doit ensuite favoriser le rapprochement des acteurs du soin et des acteurs de l'hébergement. C'est pourquoi le comité de suivi du PRAPS Nord-Pas-de-Calais travaille à la consolidation des EMPP dans leur rôle d'interface, avec trois objectifs principaux : une plus grande couverture du territoire, conformément aux objectifs du Programme régional de santé mentale 2012-2016¹⁷⁴, une meilleure reconnaissance auprès des équipes de secteur et des structures d'hébergement, mais également la systématisation des rencontres entre les différentes équipes mobiles pour favoriser les échanges de pratiques. Comme il convient aussi d'impliquer directement la psychiatrie de droit commun, l'IASS a un rôle majeur pour impulser ou soutenir les démarches de contractualisation entre établissements psychiatriques et structures d'hébergement. En lien avec la DDCS du Nord, l'ARS Nord-Pas-de-Calais travaille d'ailleurs actuellement au recensement des conventions déjà conclues sur le terrain. Dans son rôle d'animateur territorial, l'IASS a pour mission d'évaluer et de diffuser ces démarches partenariales, notamment en réfléchissant à l'élaboration de modèles de convention qui assureront, dans une logique d'égalité de traitement, les mêmes possibilités de prise en charge

¹⁷⁴ ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé mentale du Projet régional de santé Nord-Pas-de-Calais 2012-2016, 14 janvier 2013

coordonnée dans chaque structure d'hébergement concernée. Une autre piste de travail pour l'IASS peut aussi être la centralisation de la démarche de conventionnement avec la psychiatrie au niveau du SIAO. Les conventions actuelles prévoient notamment les modalités d'admission d'usagers du CHRS dans les services psychiatriques, tant pour la prise en charge des situations de crise que pour assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique. Le CHRS s'engage pour sa part à permettre la réadmission des personnes hébergées qui ressortent d'hospitalisation. Si certaines conventions prévoient également de faciliter l'admission en hébergement de patients sans solution de logement à la sortie de l'hôpital, dans une logique d'échange entre les partenaires, il convient toutefois de veiller, grâce à l'intermédiaire du SIAO, à ce que le CHRS garde sa vocation première d'accueil de publics en situation de grande vulnérabilité sociale. Les publics en souffrance psychique cumulant souvent des pathologies somatiques, précisons que cette démarche de contractualisation peut s'étendre aux autres acteurs du soin, comme le fait l'ABEJ avec les centres hospitaliers, notamment pour proposer des bilans de santé à ses usagers. Il convient à ce titre de souligner le rôle majeur du réseau santé – solidarité Lille métropole qui, en donnant un cadre juridique à la rencontre des acteurs sociaux et des acteurs du soin ainsi qu'à leur engagement réciproque en faveur des plus démunis, a permis depuis 2005 la construction de plusieurs projets d'accès aux soins. Parmi les plus innovants, mentionnons le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) porté par l'ABEJ depuis juin 2014 et qui permet d'organiser la continuité des soins en structure d'hébergement. Par ailleurs, il a été vu que la politique d'abstinence menée en structure d'hébergement peut avoir des effets contre-productifs sur la prise en charge des personnes les plus marginalisées. Il convient donc d'anticiper le plus possible la démarche de réduction des risques, notamment en soutenant les partenariats avec les structures médico-sociales d'accompagnement en addictologie. Ainsi, plusieurs CHRS lillois sont déjà engagés dans cette démarche, notamment avec l'intervention de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), et certaines associations telles que VISA réfléchissent aujourd'hui à la remise en question d'une application stricte de l'interdiction de la consommation d'alcool, sujet actuellement en discussion dans le comité de suivi du PRAPS.

Dans le cadre des partenariats entre structures d'hébergement et secteurs de psychiatrie, une question majeure se pose : dans la logique d'aller vers l'utilisateur, faut-il envisager la présence de ressources médicales à l'intérieur même des structures d'hébergement ? Sur Lille, la plupart des professionnels de soins interrogés ainsi que certaines structures sociales, telles que le CHRS Agora et l'association VISA, souhaitent privilégier l'accès au droit commun et refusent d'organiser des prises en charge médicales au sein des CHRS, qui ne doivent pas confondre leurs missions. Néanmoins, plusieurs professionnels du social rencontrés en entretien ou interrogés par questionnaire

souhaitent faire évoluer ce principe au nom du pragmatisme. Ils envisagent ces présences comme des « *premières interventions de proximité* »¹⁷⁵, visant à « *apprivoiser les personnes et ainsi faire émerger une demande de soins* »¹⁷⁶. Au niveau institutionnel, la question reste en suspens, l'ARS n'ayant pas annoncé de financements dans ce sens car privilégiant l'orientation des usagers vers le droit commun. Si un tel débat interroge les limites et les missions de nos dispositifs, il mérite en tout cas d'être posé en citant l'exemple du service SMES du Docteur Mercuel à Paris, qui a fait le choix d'organiser des vacations de psychiatrie dans les structures d'hébergement partenaires dans une logique de « *permanence du lien* »¹⁷⁷.

3.1.3 Quelles pistes pour une plateforme de coordination sanitaire et sociale ?

La partie qui suit est issue de réflexions menées lors d'échanges avec des inspecteurs en poste en ARS comme en DDCS, en réponse à des suggestions émises par des professionnels interrogés sur leurs pistes d'évolution. En effet, si la démarche de contractualisation entre structures sanitaires et sociales peut favoriser la prise en charge globale des personnes hébergées, il s'agit au-delà de raisonner en termes de plateforme de coordination, pour voir comment la prise en compte de la problématique santé peut être systématisée au sein du dispositif AHI. Aujourd'hui, le pivot de la coordination est le SIAO, garant de la continuité et de l'inconditionnalité des prises en charge. Si ses orientations ont d'abord une dimension sociale, certains SIAO se sont dotés d'un temps infirmier pour ajouter une évaluation médicale à l'évaluation sociale réalisée à l'entrée dans le dispositif. En Nord-Pas-de-Calais, c'est le cas du SIAO de Lille et du SIAO d'Arras. Dans les deux cas, l'infirmier ne participe pas aux commissions d'orientation mais propose une évaluation médico-sociale à la personne qui sollicite le SIAO, pour envisager une orientation vers une structure de soins le cas échéant. Particulièrement sensibilisé aux questions de santé, le SIAO de la Sarthe va plus loin en tenant compte des problématiques de santé dans l'orientation sociale et en ayant une vision sur les places de LHSS. A Lille, la prise en compte des besoins de santé concerne aussi les troubles psychiatriques, grâce à la proximité entre le SIAO et l'équipe Diogène, qui sont hébergés dans les mêmes locaux et échangent régulièrement sur les situations nécessitant un suivi particulier. Par ailleurs, c'est aujourd'hui le CHRS Agora qui projette de se rapprocher du SIAO : participant déjà aux commissions d'orientation, il envisage de conclure une convention avec le SIAO, notamment pour organiser l'admission de personnes venues de la rue et qui ne sont pas encore engagées dans une démarche thérapeutique. De même, l'association VISA a conclu une convention avec le SIAO et participe aux commissions

¹⁷⁵ Annexe 3

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ MERCUEL, Alain. *Souffrance psychique des sans-abri – Vivre ou survive*, Paris : éditions Odile Jacob, novembre 2012. 214 p. ISBN 978-2-7381-2863-8

d'orientation, dans le but de proposer une prise en charge de la problématique addictive dès l'entrée dans le dispositif AHI.

Aujourd'hui, les chantiers ouverts par plusieurs départements ouvrent une nouvelle voie à la réflexion sur le rôle du SIAO, en posant notamment une question cruciale : pourrait-il constituer la base d'une plateforme de coordination sanitaire et sociale ? Cette question bouscule en profondeur la frontière bâtie entre les deux secteurs. Elle mérite pour autant d'être posée, au vu de l'obstacle que représentent les problématiques somatiques, psychiatriques et addictives pour l'inscription des personnes sans abri dans le parcours d'hébergement. Actuellement, le comité de suivi du PRAPS Nord-Pas-de-Calais réfléchit à la généralisation de temps infirmiers au sein des SIAO, en s'interrogeant sur le champ d'intervention à leur attribuer. En effet, l'infirmier actuellement rattaché au SIAO de Lille effectue essentiellement un travail de rue et n'a pas le temps d'assurer l'accompagnement médical des personnes déjà inscrites dans le dispositif AHI, même s'il lui arrive dans les faits d'organiser en amont les sorties d'hospitalisation ou de LHSS. Elargir son champ d'intervention supposerait donc de renforcer l'effectif actuel d'un temps infirmier, mais une telle évolution pourrait se heurter en même temps au risque de favoriser le désengagement des acteurs du dispositif de soins de droit commun. C'est pourquoi il est nécessaire d'insister sur le rôle de relais de l'infirmier rattaché au SIAO, la pleine implication de chaque acteur restant nécessaire pour assurer la continuité de la prise en charge des publics hébergés. Une autre question reste en suspens, celle du financement de la généralisation de ces temps infirmiers. En effet, si le poste d'infirmier est financé par l'ARS dans la Sarthe, le comité de suivi du PRAPS Nord-Pas-de-Calais n'a pas encore tranché cette question, qui est traitée différemment dans les deux départements : l'infirmier de Lille est détaché du CHRU tandis que le poste d'infirmier à Arras est financé par la DDCS du Pas-de-Calais.

Pour évoquer les bases de ce qui pourrait constituer une plateforme de coordination sanitaire et sociale, il convient de sortir du dispositif AHI pour s'inspirer de ce qui existe dans d'autres secteurs. En effet, le champ de l'accompagnement des personnes âgées s'est doté ces dernières années de plusieurs plateformes de coordination qui alimentent la réflexion de certains acteurs du champ social, en particulier les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et la méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). Dans le but de dépasser le stade de la coordination, pour tendre vers une logique de coopération et de co-construction, les plateformes de coordination cherchent à développer la logique du « *guichet intégré* »¹⁷⁸. En pratique, chaque partenaire constitue une porte d'entrée sur le dispositif et procède à ce titre à une analyse multidimensionnelle des besoins de la personne, qui permet une « *harmonisation des réponses et des*

¹⁷⁸ Entretien n° 19

orientations »¹⁷⁹. Si la diversité des acteurs dans le champ social comme dans le champ sanitaire ne permet probablement pas d'envisager à court terme une organisation aussi intégrée pour les publics précaires souffrant de troubles psychiques, il est permis de réfléchir aux modalités d'organisation d'un « CLIC précarité » qu'un certain nombre d'acteurs institutionnels comme de terrain appellent de leurs vœux. En pratique, un point de départ pourrait être une coopération formalisée, d'ailleurs évoquée dans le PDAHI du Nord, entre le SIAO, doté d'un temps infirmier qui pourrait participer aux commissions d'orientation, les EMPP, pivots de l'accès aux secteurs de psychiatrie, et l'ensemble des structures AHI du territoire. Ainsi, chaque usager en contact avec l'un des partenaires pourrait bénéficier d'une orientation, sociale ou sanitaire, qui soit la plus adaptée à sa situation au moment de sa prise en charge, tout en bénéficiant de la même coopération au moment de sa réorientation à la sortie de la première structure. Les enjeux majeurs seraient alors la formation de tous les professionnels au contact des usagers, ainsi que l'élaboration d'outils communs pour l'analyse multidimensionnelle de leurs besoins. Si ce degré d'intégration n'est pas d'actualité pour le moment, il convient de mentionner qu'au sein du SIAO de Seine-Saint-Denis s'est formalisée une concertation technique de l'urgence, qui réunit des acteurs du champ social comme du champ sanitaire, afin d'analyser ensemble les situations complexes parmi ceux qui sollicitent le SIAO. Pour les situations les plus délicates, faut-il alors aller jusqu'à envisager, à l'instar de ce qui se fait dans la MAIA, la désignation d'un gestionnaire de cas qui aurait un rôle « *d'agent de liaison* »¹⁸⁰ pour planifier l'ensemble des services nécessaires dans le parcours de la personne ? Plusieurs questions se poseraient alors : quelles seraient la discipline et la capacité d'expertise de cette personne ? Ne risquerait-on pas d'ajouter un dispositif à une organisation déjà complexe et parfois peu lisible aux yeux des professionnels comme des usagers ?

3.2 La coordination pour permettre la construction de parcours adaptés à l'autonomie de chacun

Dans cette dernière partie, il s'agira de dépasser le champ de la coordination sanitaire et sociale pour réfléchir aux modalités de coordination à envisager dans la mise en place d'un parcours vers l'autonomie. En effet, l'accompagnement de l'utilisateur ne se limite pas à l'accès aux soins dans le cadre d'un parcours d'hébergement adapté, il inclut aussi l'accès à une réinsertion sociale durable qui puisse dépasser, dans la mesure du possible, le cadre du dispositif AHI. En outre, dans le cadre de la stratégie du logement

¹⁷⁹ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. MAIA - Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, *Les cahiers pédagogiques de la CNSA*, octobre 2014

¹⁸⁰ JAEGER, Marcel. *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie*, 2^{ème} éd. Paris : Dunod, avril 2006. 166 p. ISBN 2-10-049915-7

d'abord, l'hébergement est aujourd'hui considéré comme une mesure subsidiaire et il convient donc de réfléchir à l'accès à une offre d'accueil diversifiée à la sortie du dispositif. Il s'agira donc d'envisager les perspectives d'accès aux structures et services médico-sociaux pour les personnes les plus dépendantes, ainsi que les perspectives d'accès aux différentes solutions de logement pour les autres publics. A titre d'ouverture, un dernier point évoquera les différentes dimensions d'une pleine inclusion dans la vie sociale : la participation sociale et l'accès à la citoyenneté, l'insertion professionnelle et l'accès à la culture.

3.2.1 Favoriser l'accès aux structures et services médico-sociaux

Comme cela a été vu en première partie, les LHSS n'ont pas vocation à constituer une solution d'hébergement pérenne, mais ils permettent néanmoins aux personnes nécessitant des soins psychiques de bénéficier d'un cadre propice à la stabilisation de leur situation et l'installation d'un accompagnement social pour envisager l'après. En outre, les LAM proposent un séjour sans limite de durée mentionnée au cahier des charges, ce qui permet aux personnes souffrant d'une pathologie psychique chronique de bénéficier d'une période de stabilisation plus longue. S'il ne concerne pas spécifiquement les personnes atteintes de troubles psychiques, le travail actuellement mené dans le cadre du PRAPS Nord-Pas-de-Calais vise à améliorer la fluidité du dispositif pour faciliter son accès. En effet, les acteurs réfléchissent à l'évolution des modalités de régulation du dispositif et œuvrent à l'élaboration d'un support de communication commun, notamment dans le but de prévenir les orientations inappropriées. Les travaux en cours s'inscrivent dans les recommandations formulées par la DGCS dans son rapport d'évaluation du dispositif LHSS publié en février 2013¹⁸¹, qui pointe tout particulièrement la question du pilotage du dispositif. En effet, elle préconise de renforcer la coordination de l'ARS et de la DDCS sur l'animation et le suivi de ce dispositif qui, tout en étant financé par l'assurance maladie, est souvent porté par des structures AHI. Cette coordination institutionnelle doit notamment permettre la planification de l'ouverture de places supplémentaires, afin de maintenir l'inconditionnalité de l'accueil, mais également favoriser « *l'articulation entre les LHSS et les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux* »¹⁸². En effet, cette dernière est d'abord cruciale en amont, pour faciliter l'accès des usagers du dispositif AHI aux LHSS, qu'ils arrivent directement de leur structure d'hébergement ou bien d'une structure hospitalière à la suite d'une phase de décompensation. En aval, cette articulation permet de faciliter l'orientation de ces publics vers une structure médico-sociale, lorsque leur situation le justifie.

Il convient ensuite de réfléchir à l'accès aux structures médico-sociales qui peuvent constituer une solution d'hébergement durable pour les personnes que la

¹⁸¹ DGCS. *Evaluation du dispositif LHSS – Rapport final*, 12 février 2013

¹⁸² *Ibid.*

pathologie psychiatrique place dans une situation de dépendance. La première étape de l'accès au secteur médico-social étant la reconnaissance d'un handicap, le PRAPS Nord-Pas-de-Calais a inscrit dans ses objectifs la désignation, en partenariat entre l'ARS, la DDCS et le Conseil général, de référents précarité au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui seraient des interlocuteurs privilégiés des structures AHI. Au niveau institutionnel, le rôle de l'IASS en DDCS peut être de coordonner son action avec celle du conseil général, qui intègre la MDPH, notamment pour faciliter l'orientation vers cette dernière des publics du dispositif AHI. Pour rendre ensuite effectif l'accès aux différentes solutions d'accueil proposées par le secteur médico-social, il revient à l'IASS, en lien avec le conseil général, d'impulser ou de soutenir les démarches partenariales entre structures sociales et médico-sociales. Conformément aux objectifs du Programme régional de santé mentale du Nord-Pas-de-Calais 2012-2016¹⁸³, les partenariats doivent également impliquer les structures hospitalières, afin que les personnes hébergées qui ont connu une phase de décompensation psychiatrique puissent se voir proposer une solution d'accueil médico-social à leur sortie d'hospitalisation. Pour les personnes dont le handicap psychique permet une prise en charge ou un accompagnement dans le milieu de vie ordinaire, le secteur médico-social comprend des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), financés par le Conseil général, ainsi que des services d'accompagnement social pour adultes handicapés (SAMSAH), qui incluent des prestations de soins et relèvent donc aussi de l'assurance maladie. Ainsi, le questionnaire a permis de recenser un certain nombre de partenariats non formalisés entre des structures d'hébergement et des services médico-sociaux qui, s'ils ont vocation à intervenir à domicile, peuvent organiser l'accompagnement des personnes hébergées en situation d'accéder à un logement.

Face à la lourdeur de certains troubles psychiques en CHRS et face aux difficultés d'accès de ces publics à l'offre médico-sociale, l'ABEJ a apporté une solution différente de celle des autres associations gestionnaires de structures AHI : elle a décidé de créer elle-même des solutions d'accueil et d'accompagnement médico-social dédiées au handicap psychique. Ainsi, elle a ouvert un SAMSAH en 2013, qui suit trente-huit personnes aujourd'hui, et un FAM de 36 places en mai 2014. Les deux structures bénéficient d'une convention entre l'ABEJ et le secteur 59G19, qui facilite la prise en charge psychiatrique des usagers, notamment dans les phases de décompensation. Aujourd'hui gestionnaire d'un très grand nombre de dispositifs allant de l'urgence à la prise en charge médico-sociale, l'ABEJ se défend néanmoins de susciter un effet de filière au sein de ses structures. Elle assume toutefois le fait de tenir compte des situations de précarité au sein de la commission d'admission du FAM. Ce projet interroge

¹⁸³ ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé mentale du Projet régional de santé Nord-Pas-de-Calais 2012-2016, 14 janvier 2013

donc en profondeur la frontière entre le secteur social et le secteur médico-social, même si sa mise en œuvre semble avoir à l'heure actuelle répondu à des besoins prégnants relevés sur la métropole lilloise.

3.2.2 Organiser l'accompagnement vers le logement adapté et vers le logement autonome

Si dans le cadre de la stratégie du logement d'abord, l'hébergement n'a pas vocation à constituer une réponse durable aux difficultés d'insertion des personnes sans abri, le logement autonome ne peut pas non plus représenter une solution pour tous les usagers du dispositif AHI. En effet, certaines personnes qui ont connu un long parcours de rue ou qui souffrent de troubles psychiques ont besoin d'un accompagnement régulier dans le cadre de l'accès au logement. C'est pour cette raison que la DDCS du Nord a soutenu l'ouverture par l'association VISA d'un CHRS hors les murs. Cette structure innovante de 33 places concilie un accompagnement avec un bilan régulier par un référent et l'occupation d'un logement dont la personne est locataire en titre. La coordination est au cœur du projet, qui prévoit la constitution d'un « *maillage partenarial* »¹⁸⁴ avec un ensemble d'acteurs du soin et de l'accompagnement en addictologie comme en psychiatrie. Les locataires rencontrés lors d'une visite sur place ont d'ailleurs reconnu cette étape comme une marche de plus vers l'accès à l'autonomie. En réunion, les responsables associatifs ont toutefois reconnu le sentiment de solitude que peut susciter le passage soudain d'un cadre collectif en CHRS classique à un cadre de vie autonome. Pour permettre le maintien d'espaces de vie collectifs dans la démarche d'accès au logement, les pouvoirs publics ont développé en 2002, dans le cadre existant des logements-foyers et des résidences sociales, le dispositif des maisons relais. Celui-ci vise la « *réadaptation à la vie sociale dans un environnement social et convivial* »¹⁸⁵ pour les « *personnes qui, sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent du fait de leur isolement social et affectif trouver immédiatement un équilibre de vie dans un logement individuel autonome* »¹⁸⁶. Pour formaliser les partenariats de certaines de ces structures avec un service de psychiatrie et un SAMSAH ou un SAVS, une formule spécifique a été expérimentée à partir de 2007 puis pérennisée : la résidence accueil. La métropole lilloise compte actuellement une résidence accueil de 32 places ouverte par l'ABEJ à Capinghem en avril 2014 ainsi qu'une résidence accueil ouverte par le Pact Métropole Nord à Roubaix en 2010 pour onze femmes atteintes du syndrome de Korsakoff, une troisième portée par l'association Aréli étant en projet dans la même ville pour 2016. Toutefois, il convient de souligner l'enjeu auquel se retrouvent aujourd'hui

¹⁸⁴ Association VISA. Projet de création d'un CHRS hors les murs sur le versant Nord-est de Lille métropole par redéploiement du CHRS Regain (33 places), mai 2013

¹⁸⁵ Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer. Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

¹⁸⁶ *Ibid.*

confrontées ces structures : se distinguant des maisons relais par l'accompagnement sanitaire et médico-social qu'elles peuvent proposer, elles font face aujourd'hui à des situations de plus en plus lourdes, parfois inadaptées à leurs moyens. Il convient donc de renforcer ce dispositif, l'IASS ayant un rôle pour favoriser la mobilisation des différentes institutions concernées (DDCS, conseil général et ARS) comme des acteurs de terrain, tout en veillant à ce qu'il ne se substitue pas à l'accès aux structures médico-sociales et conserve son objectif inscrit dans le cahier des charges : accueillir des personnes « fragilisées et handicapées par des troubles psychiques [...] suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif [...] dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale »¹⁸⁷. A ce titre, l'IASS doit également s'interroger sur le rôle pivot que peut jouer le SIAO. En effet, s'il participe sur Lille aux commissions d'admission en résidence sociale, il n'a pas élargi sa fonction de centralisation et d'orientation aux places de logement adapté, mission pourtant consacrée dans l'article 30 de la loi ALUR¹⁸⁸.

Concernant les personnes hébergées ayant la capacité d'accéder à un logement autonome, l'enjeu de coordination est également majeur pour la DDCS et les acteurs du dispositif AHI. En effet, comme d'ailleurs pour le logement adapté, les IASS en poste à la DDCS du Nord articulent leurs actions avec la Direction départementale des territoires et de la mer (DDTM), le Conseil général et la Métropole européenne de Lille (MEL), qui est délégataire des aides à la pierre¹⁸⁹ et compétente dans le domaine de l'habitat. A ce titre, la personne rencontrée à la Métropole a souligné l'enjeu majeur pour les fonctionnaires, tant au niveau de l'Etat que des collectivités territoriales, de sensibiliser les élus locaux à la nécessité de favoriser l'accès au logement des publics les plus en difficulté. Cette impulsion a notamment permis l'inscription dans l'accord collectif intercommunal conclu en mai 2013 entre le Préfet du Nord, LMCU, le Conseil général du Nord et les organismes de logement social, des personnes en situation de handicap psychique au titre des publics prioritaires à l'accès au logement. Sur le terrain, la sensibilisation concerne également les bailleurs qui, tant pour le logement autonome que pour le logement adapté, peuvent se montrer réticents au premier abord à loger les personnes les plus en difficulté, notamment sur le plan psychique. Il convient ici de souligner le rôle des conseils locaux de santé mentale (CLSM). Actuellement en développement sur la métropole lilloise à la suite de l'appel à projet lancé par l'ARS, ces structures favorisent la concertation entre les différents acteurs pouvant être concernés par les questions de santé mentale sur le territoire, dont les élus locaux, les services de psychiatrie, les malades et les aidants,

¹⁸⁷ Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. Note d'information n° DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil

¹⁸⁸ République française. Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové. Journal officiel, n° 72, 26 mars 2014

¹⁸⁹ Délégation accordée par l'Etat pour verser aux organismes de logement social des aides financières à la construction

mais également les bailleurs, comme c'est le cas à Roubaix. Au-delà de la sensibilisation, les pouvoirs publics apportent des réponses concrètes aux inquiétudes des bailleurs, notamment par le dispositif de l'intermédiation locative, qui permet à un organisme public ou privé de louer un logement à son nom pour jouer le rôle d'intermédiaire entre le propriétaire et l'occupant. Les pouvoirs publics soutiennent également divers projets d'accompagnement au domicile des personnes ayant des troubles psychiques ou addictifs. Dans le Nord, on peut citer l'accompagnement en addictologie proposé par le service mobile Visavies, porté par l'association VISA, ainsi que le projet L'Estime porté par l'association Accueil, réinsertion, promotion, éducation (ARPE) et récemment soumis à la DDCS dans le cadre d'un appel à projets national. Celui-ci, destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques, vise à créer une plateforme de coordination, basée sur l'intervention à domicile d'un réseau d'intervenants sociaux, médicaux et médico-sociaux. Dans le département de la Sarthe, la DDCS et l'ARS ont impliqué les bailleurs dans les sessions de formation et de sensibilisation aux problématiques psychiques organisées par l'association Montjoie et ont soutenu l'expérimentation de plateformes territoriales de veille sociale et de coordination des dispositifs d'accompagnement dans le logement. Si celles-ci ne s'adressent pas exclusivement aux personnes souffrant de troubles psychiques, elles visent à faciliter le maintien dans le logement par des mesures d'accompagnement global et pluridisciplinaire, qui impliquent des professionnels sociaux, médicaux et médico-sociaux, dont un SAMSAH et un CSAPA doté d'une équipe mobile de coordination thérapeutique.

Si l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » ne concerne pas directement le public étudié dans ce mémoire, sachant qu'elle s'adresse au public à la rue plus qu'au public hébergé, il convient de l'évoquer ici pour montrer le changement de paradigme qu'elle propose. En effet, alors que le parcours d'hébergement classique inscrit souvent l'accès aux soins comme une étape préalable à l'accès au logement, le modèle américain « *housing first* » diffusé en France par le rapport Girard¹⁹⁰ inverse la logique traditionnelle du « *treatment first* ». En pratique, il consiste à proposer aux personnes sans abri souffrant de troubles psychiques l'accès sans condition préalable, ni d'abstinence ni de soins, à un logement autonome par le biais de l'intermédiation locative. C'est ce cadre structurant qui doit ensuite permettre la mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire, mené par une équipe restreinte et dont l'objectif est de redonner à la personne ses moyens d'agir, dans une logique dite de « rétablissement ». En effet, l'idée forte de cette expérimentation est la place centrale donnée à la parole de l'utilisateur, à la fois dans le choix de son logement, les modalités de son accompagnement individuel et la conduite générale du programme. Ce dernier a donc été lancé en France en 2010 sous la

¹⁹⁰ CHAUVIN, Pierre, ESTECAHANDY, Pascale, GIRARD, Vincent. *La santé des personnes sans chez soi*, rapport remis à la Ministre de la santé et des sports, novembre 2009

coordination de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). Sur Lille, qui est un des quatre sites pilotes de l'expérimentation, les deux partenaires porteurs sont l'ABEJ et l'EPSM Lille Métropole. A l'heure d'un bilan de mi-parcours, dressé lors du colloque qui s'est tenu à Paris en octobre 2014, les résultats positifs en termes de réinsertion sociale et d'accès aux soins cohabitent avec un certain nombre d'interrogations encore en suspens : face aux difficultés rencontrées dans la captation de logements, quelles garanties apporter aux élus locaux et aux bailleurs réticents ? En outre, quelles réponses apporter aux craintes des acteurs sanitaires et sociaux qui ont vu leurs pratiques professionnelles bouleversées ? Enfin, quelle issue envisager pour les bénéficiaires à l'issue de l'expérimentation en 2016 ? En effet, la question reste entière : « Un chez-soi d'abord » peut-il constituer les prémices d'une réorganisation des politiques publiques en faveur des personnes sans abri, et si oui, quels moyens pourront être mobilisés pour assurer un accompagnement aussi étroit que celui financé par les fonds dédiés au programme ?

3.2.3 Quelles perspectives pour la participation des usagers et leur place dans la vie sociale ?

Comme l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » a l'ambition de le montrer, l'aboutissement de l'autonomie est la participation de la personne aux choix qui la concernent et l'exercice de sa citoyenneté. Dans le champ AHI, cette dimension de la réinsertion sociale est inscrite dans la loi du 2 janvier 2002¹⁹¹. En effet, en tant qu'établissements sociaux, les structures d'hébergement doivent permettre à l'utilisateur l'exercice de ses droits fondamentaux, notamment « *le respect de sa dignité [...] le libre choix entre les prestations adaptées [...] l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge* » ainsi que « *la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement* » (art. L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles). Pour cela, elles s'appuient sur un ensemble d'outils, parmi lesquels le contrat de séjour, dans lequel l'établissement et l'utilisateur s'accordent sur les conditions d'accueil et de séjour ainsi que sur les objectifs et les modalités de l'accompagnement, mais également le conseil de la vie sociale, dans lequel des représentants élus des usagers peuvent faire des propositions sur toute question relative au fonctionnement de l'établissement. L'IASS a pour sa part comme mission d'accompagner et de contrôler la mise en place ainsi que le fonctionnement effectif de ces outils, mais également de favoriser la représentation des usagers au niveau institutionnel, par la participation aux différentes instances du comité consultatif régional des personnes accueillies et accompagnées (CCRPA). Si l'adaptation des outils de participation est parfois nécessaire dans les établissements où le public a une

¹⁹¹ République française. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

autonomie diminuée par une pathologie psychiatrique, le CHRS Agora et ceux de l'association VISA veillent à leur effectivité et favorisent en même temps l'ouverture de leurs résidents sur la ville. En effet, pour favoriser l'accès à la citoyenneté, l'IASS peut inviter les CHRS à s'ouvrir aux partenaires extérieurs, notamment les CLSM. Ces derniers, à la différence des RPSM, ne sont pas réservés aux professionnels et impliquent également les personnes malades, qui peuvent donc participer aux réflexions menées sur les questions de santé mentale, le sujet de l'accès à la citoyenneté étant d'ailleurs traité au sein des ateliers thématiques organisés. Créés en 2005 et au nombre de cinq sur la métropole, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) constituent également un relais intéressant pour l'accès à la citoyenneté : ils permettent aux adhérents atteints de handicap psychique d'organiser eux-mêmes des échanges entre eux ainsi qu'avec un ensemble de partenaires locaux pouvant les aider dans les différents aspects de leur réinsertion sociale.

Si l'hébergement d'urgence a plus difficilement la possibilité de traiter la question de l'insertion professionnelle, du fait qu'il s'inscrit dans le court terme, les CHRS doivent davantage répondre à cet enjeu qui participe de la réinsertion sociale des personnes. Pour autant, une responsable associative reconnaît que dans les structures d'hébergement, l'emploi reste souvent le « *maillon faible de la chaîne* »¹⁹². Sur Lille néanmoins, certaines associations de réinsertion sociale peuvent s'appuyer sur des structures qu'elles ont elles-mêmes développées. L'Accueil fraternel roubaisien (AFR) dispose ainsi d'un centre d'adaptation à la vie active (CAVA), qui vise à proposer aux résidents du CHRS des chantiers en secteur non concurrentiel, et l'association VISA d'ateliers et chantiers d'insertion. Les usagers du CHRS Agora bénéficient pour leur part du dispositif de l'insertion professionnelle et de la qualification développé par la Sauvegarde du Nord. Celui-ci inclut deux structures d'insertion par l'activité économique (SIAE), qui proposent aux personnes connaissant des difficultés particulières de mener, dans le cadre d'un accompagnement individualisé, des activités participant de l'économie sociale et solidaire. L'ABEJ dispose de même d'un pôle d'insertion par l'activité économique, même si la responsable rencontrée au sein de l'association a reconnu la difficulté à y orienter les publics souffrant de troubles psychiques. Pour les personnes ayant obtenu une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) de la MDPH, le CHRS Agora bénéficie également de liens avec des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), qui ont le statut d'ESMS et proposent des activités professionnelles en même temps qu'un soutien médico-social et éducatif. Pour les personnes en capacité d'y accéder, l'enjeu reste aujourd'hui le développement de partenariats avec le milieu du travail adapté et du travail ordinaire. A ce titre, des instances de concertation telles que les CLSM peuvent favoriser les liens

¹⁹² Entretien n° 13

avec les acteurs économiques du territoire, ainsi qu'avec Pôle Emploi, les missions locales et les acteurs de la formation professionnelle. Dans sa mission de planification en ARS et en cohésion sociale, l'IASS peut soutenir ou proposer le développement d'ESAT et de CAVA. Pour impulser et généraliser les partenariats entre les CHRS et les autres secteurs d'emploi, l'IASS exerçant en cohésion sociale peut ensuite articuler son action avec celle des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

La réinsertion sociale inclut enfin l'accès à la culture, dans lequel les CHRS ont donc également un rôle à jouer. Ainsi, le CHRS Agora a signé en 2012 une convention avec l'association « Cultures du cœur », qui agit pour l'accès aux pratiques artistiques et culturelles des personnes les plus démunies. Si les résidents bénéficient de tarifs réduits grâce à ce partenariat, la direction du CHRS les invite en échange à se rendre seuls aux activités, dans une logique d'accompagnement vers l'autonomie. Parallèlement, un éducateur missionné à la culture a été désigné afin de favoriser l'intégration de cette thématique dans l'accompagnement social de chaque résident. Comme pour l'insertion professionnelle, les associations de réinsertion sociale peuvent être invitées à participer aux CLSM, qui permettent de rencontrer différents acteurs de la culture, de l'art et des loisirs. Au niveau institutionnel, les IASS peuvent soutenir le rapprochement de leur structure avec les directions régionales des affaires culturelles (DRAC), pour appuyer les initiatives locales et impulser éventuellement de nouveaux projets de coordination.

Conclusion

Le mémoire qui s'achève ici a voulu s'intéresser à un public qui, par la complexité de ses problématiques, interroge les limites de notre système de santé autant que celles de notre système de protection sociale. Autrefois considérés comme les laissés-pour-compte d'une société en perpétuel progrès, l'émergence d'une nouvelle pauvreté les a rendus visibles et nous a renvoyés à nos propres responsabilités. De ce moment-là, des acteurs se sont mobilisés pour faire face dans l'urgence, avec les moyens du bord, à cette nouvelle donne qui bouleversait les modes de prise en charge. Très rapidement, ces actions éparpillées se sont trouvées dépassées par l'ampleur du phénomène. Qu'il s'agisse de maladie psychiatrique ou de mal-être existentiel, la rue est venue manifester « *une souffrance qu'on ne peut plus cacher* »¹⁹³. Finalement, peu importait sa nature, les pouvoirs publics étaient désormais sommés d'y apporter une réponse. C'est ainsi qu'au cours des vingt dernières années, des lois sont venues provoquer la rencontre entre deux disciplines qui, malgré leurs origines communes, n'avaient jamais vraiment su se parler. Des relais se sont donc progressivement mis en place entre la psychiatrie et le secteur social. Mais de relais, l'enjeu restait de franchir l'étape de la coordination, pour mettre fin à un « *syndrome de la patate chaude* »¹⁹⁴ qui épuisait les professionnels et repoussait les usagers. Aujourd'hui, les deux disciplines continuent de se chercher et cette coordination est toujours en construction. Si certains acteurs sont prêts franchir une nouvelle étape en co-construisant leurs outils et leurs dispositifs de prise en charge, les pouvoirs publics ne peuvent faire fi des résistances et doivent en tenir compte dans les perspectives engagées.

Sur un tel sujet, le mémoire a voulu montrer que l'IASS a une place centrale pour apporter des réponses aux attentes des professionnels et des usagers. En effet, dans un univers institutionnel profondément remanié ces dernières années, l'IASS peut incarner ce fil rouge entre deux secteurs qui ont encore du mal à communiquer. La tâche n'est pourtant pas facile : les recherches effectuées pour ce mémoire ont permis de mettre en évidence la richesse mais aussi la multitude et la complexité des dispositifs construits au fil des années. Si sa compétence technique est essentielle pour cerner au mieux l'état des besoins et de l'offre, l'IASS doit également réussir à prendre le recul nécessaire pour analyser les enjeux et questionner l'existant. Si l'exercice professionnel peut parfois amener à privilégier la gestion du quotidien, le rôle de l'IASS est aussi d'interroger les

¹⁹³ LAZARUS, Antoine, STROHL, Hélène et al. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Paris, Délégation interministérielle à la ville et au développement urbain et Délégation interministérielle au revenu minimum, février 1995

¹⁹⁴ FURTOS, Jean. Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy), *Pratiques en santé mentale*, février 2004, n° 1

dispositifs, leurs frontières et leurs limites, pour penser des perspectives qui, parfois, peuvent dépasser le cadre construit par le passé. Pour comprendre la réalité, les politiques publiques créent des cases puis, lorsque des « incasables » apparaissent, elles s'adaptent en les multipliant. Parfois, l'enjeu est d'aller plus loin en bousculant les cases pour renouveler notre compréhension de la réalité, comme le propose Michel Foucault : « on doit échapper à l'alternative du dehors et du dedans : il faut être aux frontières. La critique, c'est l'analyse des limites et la réflexion sur elles »¹⁹⁵. A l'instar du professionnel de terrain, l'IASS est donc appelé à frôler les limites de ses compétences car, comme on a pu le voir en dernière partie, la démarche de réinsertion ne s'arrête pas à la prise en charge médicale et sociale, elle inclut tout ce qui peut permettre à la personne de s'affirmer dans son autonomie et sa citoyenneté. L'IASS doit donc être le catalyseur d'un réseau de coordination institutionnel, tout en établissant une indispensable priorité parmi les multiples interlocuteurs possibles, ce que ce mémoire a essayé de faire dans la construction de son plan.

Si la situation du public étudié interroge les pratiques professionnelles de l'IASS, elle questionne également tout citoyen, dans son approche de l'autre et de la différence. Tout en visant la formulation de préconisations opérationnelles, ce mémoire s'est également proposé d'être un support de réflexion concernant le regard porté sur les questions de santé mentale et d'exclusion. Plutôt que de la compassion, la situation des personnes dont les problématiques ont été étudiées ici doit susciter une réflexion sur nous-mêmes : nos représentations, le rôle que nous pouvons jouer pour changer les choses mais également nos propres capacités et nos propres limites. Il s'agit notamment de s'interroger sur notre compréhension de l'autonomie : considérer les capacités différenciées de chacun est-il nécessairement un aveu d'échec ? Comme l'a très bien expliqué une responsable associative rencontrée à l'ABEJ, l'échec survient lorsque l'on considère que la personne est arrivée au bout de son parcours. Pour autant, tout parcours n'a pas les mêmes objectifs, et ce n'est qu'en tenant compte de cet élément que nous réussirons à adapter nos dispositifs à la situation et aux aspirations de chacun.

¹⁹⁵ Dico – citations. [visité le 23/01/2015], disponible sur internet : http://www.dicocitations.com/auteur/1713/Michel_Foucault.php#d0HyFTdUiVH2Ws8M.99

Bibliographie

Ouvrages

ARVEILLER, Jean-Paul, MERCUEL, Alain (dir.). *Santé mentale et précarité – Aller vers et rétablir*, Paris : éditions Lavoisier, 2012. 108 p. ISBN 978-2-257-20495-0

BIADI, Anne, FARAUT, François, PAOLI, Jean-François. *L'internement psychiatrique – Médecins, familles, hôpitaux, et la loi de 1838*, Paris : IDRASS, mars 1979, 146 p.

COUPECHOUX, Patrick. *Un monde de fous*. Edition du Seuil, janvier 2006. ISBN 2-02-081254-1

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*, éditions Gallimard, 1972. 583 p. Collection Tel. ISBN 2-07-029582-6

HOCHMANN, Jacques. *Histoire de la psychiatrie*, 2^{ème} édition. Paris : PUF, 2011. 127 p. Collection Que sais-je ?

JAEGER, Marcel. *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie*, 2^{ème} éd. Paris : Dunod, avril 2006. 166 p. ISBN 2-10-049915-7

MERCUEL, Alain. *Souffrance psychique des sans-abri – Vivre ou survive*, Paris : éditions Odile Jacob, novembre 2012. 214 p. ISBN 978-2-7381-2863-8

PAUGAM, Serge (dir.). *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris : Editions La découverte, 1996. 583 p. ISBN 2-7071-2540-7

Articles et revues

Exclusion et santé mentale, *Pluriels - La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, mars 2000, n° 21

Exclusion : vers une clinique psychosociale ? *Pluriels - La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, mars 2000, n° 21

L'articulation du soin psychiatrique et de l'action sociale. *Pluriels - La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, mars 2000, n° 21

ANTOINE, Jean-Marc, VIDON, Gilles. De l'hébergement thérapeutique au « Un chez-soi d'abord », *L'information psychiatrique*, mars 2013, volume 89, p. 233-240

BOUSSARD-LALAUZE, Marie-Françoise, PRZEWIOCKA-ALVES, Anna. Prendre soin de ceux qui ne demandent rien, *Le coq-héron*, mars 2011, n° 206, p. 123-129

- BRESSON, Maryse. Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence, *Cahiers internationaux de sociologie*, février 2003, n° 115
- CABANEL, Françoise, LUNGERI, Patricia. Psychiatrie – social : quelques réflexions en guise d'idées, *Empan*, février 2005, volume 58, p. 64-70
- FURTOS, Jean. Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy), *Pratiques en santé mentale*, février 2004, n° 1
- FURTOS, Jean. La précarité et ses effets sur la santé mentale, *Le Carnet PSY*, juillet 2011, n° 156, p. 29-34
- FURTOS, Jean. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale, *Mentalidées*, septembre 2007, n° 11
- GUESDON, Isabelle, PETIT, Valérie, ROELANDT, Jean-Luc. Diogène : 5 ans d'expérience d'une équipe mobile santé mentale et précarité, *L'information psychiatrique*, 2003
- GUESDON, Isabelle, ROELANDT, Jean-Luc. Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe, *L'information psychiatrique*, avril 1998, n° 4, p. 343 à 357
- HENCKES, Nicolas. Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950. *Genèses*, mars 2009, n° 76, p. 76-98
- LARCHER, Pierre. Inégalités sociales et santé mentale, *Le Carnet PSY*, juillet 2011, n° 156, p. 38-39
- MARQUES, Ana. Des équipes mobiles de psychiatrie – précarité – Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique, *Le sociographe*, février 2013, n° 42, p. 67-77
- MARQUES, Ana et al. Formation action sociale / santé mentale : évaluation d'impact, *L'information psychiatrique*, janvier 2013, volume 89, p. 43-49
- MARQUES, Ana, VELPRY, Livia. L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité, *L'information psychiatrique*, volume 89, juin 2013, p. 465-472
- MORCELLET, Pierre. Effets et actes de soins, *Vie sociale et traitements*, janvier 2009, n° 101, p. 20-24
- RHENTER, Pauline. Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ?, *Vie sociale*, janvier 2010, n° 1, p. 151-163
- RHENTER, Pauline. Vers un chez-soi – L'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques, *Le sociographe*, février 2013, n° 42, p. 59-66

Littérature grise

- CLEMENT, Johanna. *La prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité*, mémoire professionnel d'IASS : ENSP, 2003

KELCHE, Marie-Liesse. *Le réseau parisien psychiatrie – précarité : socle partenarial entre les secteurs et les CHRS au service des malades mentaux*, mémoire professionnel d'IASS : ENSP, 2005

ROLLAND, Jacqueline. *L'accueil des personnes présentant des troubles du comportement dans les CHRS dans le département de la Mayenne*, mémoire professionnel d'IASS : ENSP, 2011

SEGOND, Delphine. *Souffrance psychique et précarité : formation croisée entre acteurs de la psychiatrie et du secteur social. L'exemple du Nord-Pas-de-Calais*, mémoire professionnel de MISP : ENSP, 2005

WAGNER, Géraldine. *Accueil et réinsertion des personnes présentant des troubles psychiatriques : quelles réponses apportées par les CHRS parisiens*, mémoire professionnel d'IASS : ENSP, 2000

Textes législatifs et réglementaires

République française. Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové. Journal officiel, n° 72, 26 mars 2014

République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 167, 22 juillet 2009

République française. Loi n° 2009-323 portant mobilisation pour le logement et lutte contre les exclusions du 25 mars 2009. Journal officiel, n° 73, 29 mars 2009

République française. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006. Journal officiel, 20 décembre 2005

République française. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 36, 12 février 2005

République française. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel, n° 175, 31 juillet 1998

République française. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

République française. Loi n° 74-955 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. Journal officiel, 20 novembre 1974

République française. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n° 98, 25 avril 1996

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports. Circulaire DGCS/1A n° 2010-271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer. Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais, Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer. Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. Note d'information n° DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil

Rapports

ARS Nord-Pas-de-Calais. Rapport d'évaluation des RPSM 2013, 2013

Association Montjoie. Coordination sanitaire au sein du SIAO du Mans – Rapport d'activité 2013, 2013

ROBILIARD, Denys. *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales, 18 décembre 2013

Préfecture du Nord-Pas-de-Calais. Evaluation du dispositif pension de famille dans le Nord-Pas-de-Calais, rapport final, mai 2013

DGCS. *Evaluation du dispositif LHSS – Rapport final*, 12 février 2013

MSL. *Rapport d'activité 2012*

ARS Nord-Pas-de-Calais. Rapport d'activité Réseau santé solidarité Lille métropole, 2012
Réseau santé - solidarité Lille Métropole. *Etude de besoins sur le dispositif LHSS-LAM*, 29 août 2012

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie. *Lits d'accueil médicalisé - Evaluation de l'expérimentation – Rapport de synthèse*, août 2012

Acadie. *Etude des besoins en hébergement, logement adapté, logement d'intégration, rapport intermédiaire – diagnostic*, septembre 2011

LAPORTE, Anne, CHAUVIN, Pierre (dir.). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, Paris, 2010, 227 p.

CHAUVIN, Pierre, ESTECAHANDY, Pascale, GIRARD, Vincent. *La santé des personnes sans chez soi*, rapport remis à la Ministre de la santé et des sports, novembre 2009

COUTY, Edouard. *Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport présenté à la Ministre de la santé, janvier 2009

GALLEZ, Cécile. *L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique*, novembre 2008

PARQUET, Philippe-Jean. *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport du groupe de travail mis en place par Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du ministre des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Paris, 2003

MINARD, Michel, PIEL Eric et al. *Psychiatrie et grande exclusion, rapport au Secrétariat à l'action humanitaire d'urgence*, Paris, juin 1996

LAZARUS, Antoine, STROHL, Hélène et al. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Paris, Délégation interministérielle à la ville et au développement urbain et Délégation interministérielle au revenu minimum, février 1995

WRESINSKI, Joseph. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport présenté au nom du Conseil économique et social, février 1987

Documents institutionnels

ABEJ. Projet associatif

ARS Nord-Pas-de-Calais. PRAPS III Nord-Pas-de-Calais, 2013

ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé mentale du Projet régional de santé Nord-Pas-de-Calais 2012-2016, 14 janvier 2013

ARS Nord-Pas-de-Calais, LMCU. Guide habitat santé mentale Lille métropole, 3^{ème} éd., septembre 2013

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. MAIA - Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, *Les cahiers pédagogiques de la CNSA*, octobre 2014

CH de Roubaix, EPSM de l'agglomération lilloise, PACT métropole Nord. Visite de la résidence Vauban le 10 novembre 2010, dossier de presse

DGAS, DGALN, DHUP. Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté, « répondre aux besoins des personnes sans domicile ou mal logées », réédition novembre 2008

FNARS. Précarité et santé mentale – Repères et bonnes pratiques, 2010

La Sauvegarde du Nord. *CHRS Agora* – Projet associatif, 2014

LMCU. Accord collectif intercommunal, 14 décembre 2012

Préfecture du Nord. Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion du Nord 2011-2015, 2010

Réseau précarité – santé mentale de la métropole lilloise Sud-Nord-Ouest (Lille 1). *Journée d'étude EPSM : clinique de la non-réponse, le nouveau paradoxe de l'urgence*, 10 octobre 2013, Approche clinique et sociologique de la non-réponse, Armentières, 9 p.

VISA. Projet associatif

VISA. CHRS Regain - Règlement de fonctionnement

VISA. Projet de création d'un CHRS hors les murs sur le versant Nord-est de Lille métropole par redéploiement du CHRS Regain (33 places), mai 2013

Sites et pages internet

ARS Nord-Pas-de-Calais. RPSM. Disponible sur internet : <http://www.rpsm5962.org>

Dico – citations. [visité le 23/01/2015], disponible sur internet : http://www.dicocitations.com/auteur/1713/Michel_Foucault.php#d0HyFTdUiVH2Ws8M.99

Habitat alternatif social. Un chez-soi d'abord. Disponible sur internet : <http://www.has.asso.fr/bilan2013/pole-sante/un-chez-soi-dabord>

Institut national de la statistique et des études économiques. *Mesurer pour comprendre*. [visité le 05/01/2014], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>

Institut national de la statistique et des études économiques. *Mesurer pour comprendre*. [visité le 05/01/2014], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=arr-595>

ONSMP-ORSPERE. Disponible sur internet : <http://www.orspere.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des entretiens

Annexe 2 : modèle du questionnaire

Annexe 3 : résultats du questionnaire

Annexe 4 : zone d'intervention de l'EMPP Diogène

Annexe 5 : zone d'intervention de l'EMPP La Ravaude

Annexe 6 : présentation du programme « Un chez-soi d'abord »

Entretien n° 1	Usager de l'accueil de jour de l'ABEJ	22/01/2014
Entretien n° 2	Assistante sociale à l'accueil de jour de l'ABEJ	23/01/2014
Entretien n° 3	Responsable du pôle santé de l'ABEJ	24/01/2014
Entretien n° 4	Responsable de la structure LHSS – LAM de l'ABEJ	24/01/2014
Entretien n° 5	Chef du bureau « populations et territoires » au service « hébergement et accès au logement » de l'UT DRIHL 93	04/07/2014
Entretien n° 6	Chef du service « habitat privé et politique de solidarité » à LMCU	02/09/2014
Entretien n° 7	Chargée de mission thématique « psychiatrie santé mentale » à l'ARS Nord-Pas-de-Calais	03/09/2014
Entretien n° 8	Equipe Diogène	26/09/2014
Entretien n° 9	Coordonnateur de l'équipe « Un chez-soi d'abord » sur Lille	29/09/2014
Entretien n° 10	Coordinatrice du Conseil intercommunal de santé, santé mentale, et citoyenneté	09/10/2014
Entretien n° 11	Infirmier et cadre socio-éducatif et au SIAO de Lille	10/10/2014
Entretien n° 12	Chef du pôle 59G12 et psychologue de l'EMPP La Ravaude	13/10/2014
Entretien n° 13	Responsable du pôle santé de l'ABEJ	15/10/2014
Entretien n° 14	Coordinatrice régionale des PASS en Nord-Pas-de-Calais	15/10/2014
Entretien n° 15	Directeur du dispositif « hébergement – logement » à La Sauvegarde du Nord	16/10/2014
Entretien n° 16	Chef du pôle 59G21	28/10/2014
Entretien n° 17	Coordinatrice du CLIC Paris Emeraude Sud	20/11/2014
Entretien n° 18	Assistante sociale au CHRS La Poterne	21/11/2014
Entretien n° 19	Pilote de la MAIA Paris Sud	28/11/2014

Questionnaire relatif à l'accompagnement et la prise en charge des usagers atteints de troubles psychiques

Quel(s) type(s) de structure porte votre association ?

HU Stabilisation CHRS Maison relais / pension de famille Résidence
accueil

Accueillez-vous dans vos structures d'hébergement / de logement adapté des personnes
ayant des troubles psychiques et / ou addictifs ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous estimer la proportion de ce public ? ... %

Dans quelle(s) structure(s) ces troubles sont ils les plus nombreux ?

HU Stabilisation CHRS Maison relais / pension de famille Résidence
accueil

Dans quelle mesure freinent-ils selon vous l'accompagnement social ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bénéficiez-vous de ressources médicales internes à votre association pour proposer une
démarche de soins à ces personnes ? Oui Non

Etes-vous en relation avec des structures médicales pour la prise en charge des publics
atteints de troubles psychiques et / ou addictifs ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Médecine de ville Centre hospitalier EPSM CMP PASS psy

Etes-vous en relation avec des structures médico-sociales pour la prise en charge des
publics atteints de troubles psychiques et / ou addictifs ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

EMPP CSAPA CAARUD SAMSAH SAVS FAM

Ces relations ont-elles conduit à la constitution de partenariats ? Oui Non

Si oui, qui en a été l'initiateur ?

Quelles actions sont menées dans ce cadre ?

- Orientation facilitée dans les deux sens
- Interventions croisées de professionnels, coopération pluridisciplinaire
- Echanges d'expériences, sessions de formation
- Autres :

Ces partenariats sont-ils formalisés par des conventions ? Oui Non

Si oui, pour quelle durée sont-elles signées ?

Quelles sont ses modalités d'évaluation ?

.....

Des conventions ou des partenariats existants ont-ils été rompus ? Oui Non

Si oui, Quel a été l'obstacle à leur poursuite ?

- Désengagement d'un ou de plusieurs partenaires
- Manque de moyens humains ou financiers
- Désaccord sur les engagements mutuels ou sur les objectifs
- Autre :

Quels sont selon vous les principaux obstacles qui persistent pour une prise en charge efficace des usagers atteints de troubles psychiques ?

Les associations ayant formalisé des conventions avec des structures médicales ou médico-sociales sont invitées à en joindre une copie au retour du questionnaire.

Retour demandé pour le lundi 13 octobre au matin à l'adresse suivante : mario.redaelli@nord.gouv.fr

			Réponse	Total
Taux de réponse			16	36
Types de structures	HU		4	16
	Stabilisation		4	16
	CHRS		12	16
	MR / PF		6	16
	RA		1	16
Public concerné	Oui		13	16
	Part du public total			
Structures les plus concernées	HU		3	3
	Stabilisation		2	3
	CHRS		7	11
	MR / PF		5	6
	RA		1	1
Frein à l'accompagnement social	Evaluation sur 10			
Ressources médicales internes	Oui		2	13
Ressources médicales externes	Oui		13	13
	Médecine de ville		7	13
	CH		9	13
	EPSM		11	13
	CMP		13	13
	PASS psy		4	13
	CP2A		1	13
Ressources médico-sociales externes	Oui		10	13
	EMPP		1	10
	CSAPA		9	10
	CAARUD		5	10
	SAMSAH		5	10
	SAVS		4	10
	FAM		2	10
Partenariats	Oui		12	13
	Initiative	Structure sociale	5	12
		Collective	3	12
	Actions	Orientations facilitées	7	12
		Interventions croisées	10	12
		Echanges, formations	4	12

		Evaluation accompagnements individuels	1	12	
		Accueil en structure spécialisée	1	12	
Conventions	Oui		3	12	
	Durée				Annuel reconductible ou indéterminé
	Evaluation			3	Synthèses, bilans, comités de suivi, évaluation projets individuels
	Ruptures		0	3	
Obstacles recensés	Ordre d'apparition				Organisation des services médicaux et médico-sociaux
					Manque de moyens
					Manque de relais
					Manque de formation
					Méconnaissance des relais
					Refus de soins
Perspectives suggérées					Personnel médical et paramédical au sein des structures
					Unités plus petites
					Cellules de crise
					Contrainte aux soins







Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » point d'étape à mi-parcours

août 2013

Lille - Marseille - Paris - Toulouse

Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » a pour but l'accès (et le maintien) au logement, à la citoyenneté, aux soins et aux droits, de personnes connaissant des troubles psychiques sévères, durablement à la rue, avec des addictions et nécessitant un accompagnement médical et social soutenu.

Ce programme propose d'expérimenter en France, la méthodologie des dispositifs « Housing First » développée aux Etats-Unis, au Canada, et qui a permis un taux de maintien dans le logement à hauteur de 80% à cinq ans, une réduction notable des hospitalisations, et des incarcérations.

En 2011, sous l'impulsion de l'Etat, ce programme a été mis en œuvre à Marseille, Toulouse, Grand Lille puis à Paris.

Le public concerné présente les caractéristiques suivantes :

- 225 personnes accompagnées dont 59 sur Grand Lille, 81 à Marseille, 69 à Toulouse et 16 à Paris
- Une moyenne d'âge de 38 ans
- 100% présentent un trouble psychique sévère, 75% une addiction et 69% étaient durablement à la rue
- 100% vivent sous le seuil de pauvreté

Après un an et demi de mise en œuvre expérimentale, les résultats sont encourageants :

- 80% des personnes vivent toujours dans leur logement, paient régulièrement leur reste à charge de loyer, en assurent l'entretien, et ont des relations de voisinage normalisées
- 70% ont été accompagnées vers le soin
- 62% ont une réelle autonomie dans le logement
- 12% ont été accompagnées vers un emploi ou une formation professionnelle



Des projets de territoires multi-partenariaux

Le programme permet un décloisonnement et une collaboration entre les champs de la psychiatrie, de l'addictologie, de l'action sociale, et du logement. Il est fondé sur des partenariats forts entre les différents acteurs institutionnels : ville, département, région, Etat.

Le programme financé par l'Etat et la Sécurité sociale au bénéfice des territoires a des conséquences directes dans des domaines sensibles : amélioration du vivre ensemble, sécurité, accès aux soins, insertion, déstigmatisation du handicap psychique.

Un projet innovant en matière de politique publique, à la croisée des questions de logement, de psychiatrie et d'addiction

- Une évaluation qui vise à apporter, pour la puissance publique, des réponses sur le



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Premier ministre

ministère de
l'Égalité des territoires
et du Logement

ministère des
Affaires sociales
et de la Santé

citoyenneté innovation sociale
logement
recherche
ignité rétablissement
soins sans-abri solidarité

rapport coût/efficacité du programme et ceci dans un contexte de contrainte budgétaire forte.

- Un investissement pour un dispositif adapté au plus près des besoins des personnes et basé sur un référentiel de bonnes pratiques.

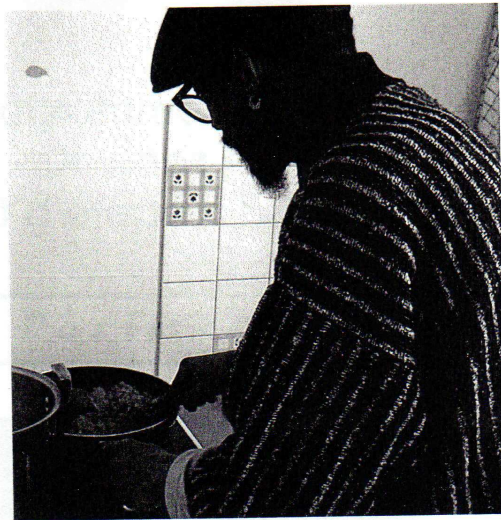
- Un espoir pour une prise en charge réellement adaptée pour des populations réputées « sans solutions ».

Perspectives



- Mener à son terme l'expérimentation en intégrant les 400 personnes prévues, et en les accompagnant jusqu'à fin 2015.

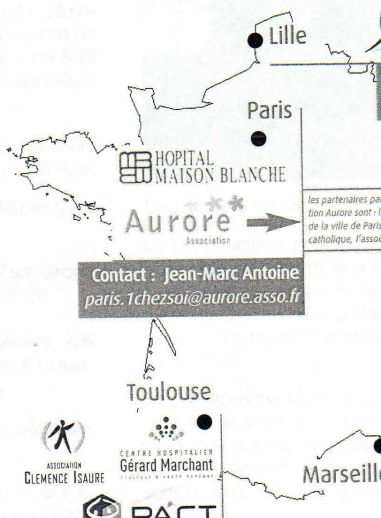
- Développer le recours aux solutions de logement dans le parc public (logement social)

- En 2016, les résultats de la recherche permettront d'assurer des conditions optimales pour déployer le projet au plan national au meilleur rapport coût/efficacité.



Sur chacun des 4 sites, le programme est mis en oeuvre par des porteurs associatifs et hospitaliers, en lien très étroit avec les préfetures, les directions départementales de la cohésion sociale et les agences régionales de santé. Les collectivités locales, les acteurs du logement et le tissu associatif sont également associés.



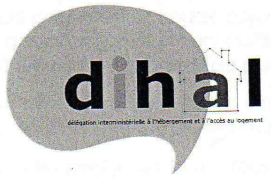
Contact : Olivier Vilt
lille.1chezsoi@gmail.com

Contact : Jean-Marc Antoine
paris.1chezsoi@aurora.asso.fr

Contact : Jean-Marc Arbiol
toulouse.1chezsoi@gmail.com

Contact : Sylvie Katchadourian
1chezsoi@has.asso.fr

L'équipe de recherche est dirigée par le professeur Pascal Auquier :
pascal.auquier@univmed.fr



Coordinatrice nationale du programme :
Docteur Pascale Estécahandy
METL - Dihal
244, boulevard St Germain - 75007 Paris
tél. 01 40 81 33 95 - fax. 01 40 81 34 90
contact.dihal@developpement-durable.gouv.fr

Dihal - cellule communication - droits réservés, reproduction interdite - août 2013 - Crédits photos : équipe « Un Chez-soi d'abord » Paris.

citoyenneté innovation sociale
 logement plus
 dignité recherche
 rétablissements santé
 soins sans-abri solidarité initiatives

REDAELLI

Mario

Mars 2015

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2013 - 2015

Publics hébergés atteints de troubles psychiques sur l'arrondissement de Lille : quelles coordinations pour quels parcours ?

Résumé :

A la croisée des politiques sanitaire et sociale, un public peine à se trouver une place dans les dispositifs de prise en charge actuels. Partant d'une présentation générale de l'évolution du contexte institutionnel, ce mémoire explore la situation spécifique des personnes sans abri accueillies dans les structures d'hébergement de l'arrondissement de Lille et souffrant de troubles psychiques. Réalisé dans le cadre d'un stage à la Direction départementale de la cohésion sociale du Nord, il s'appuie sur des recherches littéraires et documentaires, ainsi que sur des entretiens menés auprès d'institutions, d'associations et d'usagers. En analysant les ruptures et les discontinuités qui marquent les parcours de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, il interroge l'organisation actuelle des dispositifs et les difficultés de compréhension entre acteurs. En perspective, le mémoire réfléchit aux modalités de réorganisation de la coordination pour la prise en charge sanitaire et sociale et la construction d'un parcours vers l'autonomie de la personne.

Mots clés :

Précarité, exclusion, santé mentale, psychiatrie, CHRS, Nord, coordination, partenariat, entretien

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.