



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale
Promotion 2003 - 2005

**LE RESEAU PARISIEN «PSYCHIATRIE-
PRECARITE» : SOCLE PARTENARIAL ENTRE
LES SECTEURS ET LES CHRS AU SERVICE
DES MALADES MENTAUX**

Marie-Liesse KELCHE

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée dans l'avancement de ce mémoire en me faisant part lors des entretiens de leur expérience professionnelle et de leurs réflexions souvent empreintes d'une franchise de ton fort instructive.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble des acteurs sociaux oeuvrant dans les CHRS parisiens pour leurs réponses détaillées au questionnaire malgré la période estivale et la campagne budgétaire alors en cours.

Un grand Merci à Madame Sarah LECORPS pour sa grande réactivité à mes interrogations portant sur la méthodologie rédactionnelle.

Enfin, mes plus vifs remerciements à Brigitte GUIRAUDIE, Médecin inspectrice de santé publique, DASS de PARIS, pour son aide extrêmement précieuse dans la rédaction du questionnaire ainsi que dans l'accès aux informations et aux réunions. Sa disponibilité ainsi que sa gentillesse sont ici saluées.

Sommaire

PREAMBULE.....	1
1 – CONVERGENCE DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET DES CHRS VERS LA PRISE EN CHARGE CROISEE D’UN MEME PUBLIC.....	8
1.1 – La psychiatrie de secteur dans la cité vers une approche de santé mentale ouverte sur les partenaires extérieurs.....	8
1.2 – Du reclassement des marginaux à l’accompagnement social individualisé et global.....	11
1.2.1 – De 1946 à 2002 : de la charité à la solidarité	11
1.2.2 – Dispositif des quarante-quatre CHRS parisiens	13
1.3 – Le réseau à la confluence des compétences des acteurs sanitaires et sociaux pour un partenariat au service d’un même public.....	15
1.3.1 – Du réseau ville-hôpital au réseau de santé : externalisation du réseau	15
1.3.2 – le travail de liaison des équipes intersectorielles, chevilles ouvrières du réseau parisien « psychiatrie-précarité »	17
2 – ANALYSE DU RESEAU : IMPACT PARTENARIAL ET STRUCTURE ORGANISATIONNELLE.....	22
2.1 – Le réseau : levier d’une dynamique relationnelle ou alibi de l’impuissance venant masquer des difficultés structurelles ?.....	22
2.1.1 – Des acteurs devenus partenaires ?	22
2.1.2 – Des acteurs structurellement capables d’être partenaires ?	25
2.2 – Le réseau psychiatrie-précarité : un outil de partenariat adapté aux enjeux ?.....	29
2.2.1. – Une structure organisationnelle visant la cohésion interne des acteurs du réseau.....	29
2.2.2– Un processus de liaison visant la cohérence de l’articulation entre les équipes mobiles et les acteurs de terrain.....	34

3 – RECOMMANDATIONS POUR UNE REDYNAMISATION DU RESEAU « PSYCHIATRIE-PRECARITE »	39
3.1 – Pérennisation et renforcement des équipes mobiles ; socles d’ancrage intersectoriel d’un travail de liaison axé sur la prévention de proximité	39
3.1.1– Pérennisation des équipes mobiles tributaire de leur accès à une véritable intersectorialité.....	39
3.1.2– Renforcement des équipes mobiles : rôle de liaison élargi et fonctionnement structuré.....	42
3.2 – Soutien des acteurs psychiatriques et sociaux pour optimiser la prise en charge des besoins des malades mentaux	45
3.2.1 – Optimiser la réponse psychiatrique aux résidents-patients : développer l’offre ambulatoire et recomposer les structures d’hospitalisation complète.....	45
3.2.2 – Optimiser la réponse sociale aux résidents-patients : adapter les structures d’hébergement aux besoins des malades mentaux et soutenir la politique d’ouverture des CHRS en direction de ce public	50
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	59
LISTE DES ANNEXES	

Liste des acronymes utilisés

AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARHIF	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France
ASM 13	Association de Santé Mentale
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAP	Centre d'Accueil Permanent
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASVP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHSA	Centre Hospitalier Sainte-Anne
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CLI	Commission Locale d'Insertion
CMP	Centre Médico-Psychologique
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COPIL	Comité de Pilotage
CPOA	Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil
CSP	Code de la Santé Publique
DASES	Direction de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la Santé
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASSIF	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Ile de France
DREES	Direction Régionale des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ESI	Espace Solidarité d'Insertion
ETP	Emploi Temps Plein
FPC	Foyer de Post Cure
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDF	Ile-de-France
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PRAPS	Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

PREAMBULE

Depuis sa conception médiévale comme folie satanique à sa lente reconnaissance au XVIIIème comme pathologie affectant les lumières de la Raison, la maladie mentale est progressivement perçue comme un dysfonctionnement psychique.

Mais, la persistance de zones obscures de la psyché induit chez nos contemporains un sentiment tenace de défiance face à son «inquiétante étrangeté », selon l'expression freudienne.

En effet, une enquête récente conduite par la DREES¹ en 2003 révèle que malgré le progrès des connaissances au sein de l'opinion publique, désormais capable de différencier la folie de la maladie mentale, cette pathologie demeure associée à « l'anormalité, la dangerosité et la violence ».

Une double définition peut être donnée des troubles mentaux, à la fois anormalités et maladies.

Tout d'abord, les normes ; traductions numériques des caractéristiques de la majorité des membres d'une collectivité, dans un lieu et à une époque donnés, ont pour effet d'identifier ceux qui n'y sont pas conformes. En ce sens, les malades mentaux sont considérés comme anormaux. Leur relégation hors des frontières normatives permet, de surcroît, de raffermir l'identité collective au travers de cette exclusion des différences. Il s'agit d'un tropisme social selon lequel « tout groupe humain fonctionne avec les notions d'inclusion et d'exclusion » (Jean Maisondieu).

Au sens clinique, les maladies mentales constituent des pathologies du psychisme dites avérées ou diagnostiquées en tant que telles par le praticien psychiatre.

Par-delà le foisonnement de leurs formes et degrés de gravité fort disparates, les troubles mentaux se distinguent suivant leur temporalité brève ou de long cours ;

- les troubles mentaux aigus : confusions mentales, psychoses délirantes, épisodes aigus et crises de phobies, angoisses, dépressions réactionnelles,
- les troubles chroniques : les psychoses (schizophrénies, paranoïa) diffèrent des névroses (névroses phobiques, obsessionnelles), dans la mesure où la personne n'a pas conscience de son altération psychique ; ce qui induit une rupture avec le réel et une thérapie subséquentement plus ardue.

¹ Direction régionale des études de l'évaluation et des statistiques

Ces maladies sont d'origines diverses. Elles peuvent résulter de lésions cérébrales (démences), de dérèglements génétiques héréditaires ou non, de dysfonctionnements biochimiques (schizophrénie). Par ailleurs, l'intrication fréquente de ces facteurs de causalité induit des débats récurrents entre les psychiatres et les neurologues qui tentent de délimiter leurs territoires de compétences respectives autour de ces pathologies à la confluence de l'organique et du psychisme freudien renfermant l'inconscient.

A l'appui de cette définition clinique, il est utile de préciser que les maladies mentales se différencient des handicaps mentaux qui se caractérisent par une limitation des facultés cognitives.

Dans leur quintessence, les maladies mentales sont porteuses de souffrance liée à l'aliénation de soi et à l'exil intérieur. Ces « pathologies de la liberté »² interagissent de surcroît avec l'environnement social, puisque l'Homme est un « zoon politikon » - animal politique - selon Aristote ; à la fois individu et membre de la Cité.

Ainsi, les altérations psychiques peuvent déboucher sur l'isolement social venant aggraver en retour celles-ci. De même, l'exclusion sociale peut, dans certains cas de vulnérabilité psychique sous-jacente, déclencher des troubles mentaux qui rendront la réinsertion plus difficile.

Il ne s'agit pas d'une interaction systématique mais potentielle entre ces deux formes d'aliénation, constitutive d'un risque d'engrenage néfaste pour le psychisme et la place sociale de l'individu.

Depuis trois décennies, le contexte de précarisation économique et d'individualisme hédoniste marqué par la rupture des solidarités de proximité (famille, voisinage, village) précipite la frange vulnérable de la société dans l'« exclusion ».

Ce terme, datant des années 90, radicalise la dimension monétaire de la pauvreté et la notion d'instabilité de la précarité, pour signifier le stade ultime d'un processus de pertes successives culminant dans l'emblématique perte de logement autonome. Une souffrance psychique résulte de ce sentiment de n'être plus reconnu comme citoyen.

Un distinguo doit être établi entre la souffrance psychique et les troubles mentaux avérés :

- la souffrance psychique est une notion consubstantielle au sentiment de « désaffiliation »³ pour signifier un mal-être issu de la rupture des liens sociaux,
- les troubles mentaux constituent des pathologies psychiatriques qui ne sont pas l'apanage des personnes en situation de relégation aux marges de la société. En atteste

² Henri EY, Psychiatre

³ Robert CASTEL, Sociologue

l'absence de prévalence de maladies mentales au sein de ce public au regard de la population générale, constatée dans le récent rapport daté de septembre 2003 du professeur Jean-Philippe Parquet.

Ce distinguo établi, il faut relever une possible synergie entre ces deux notions.

Ainsi, la souffrance psychique peut évoluer péjorativement vers une pathologie mentale en cas de dépassement du seuil de tolérance, fluctuant selon la faculté de résilience propre à chacun. La personne en situation d'exclusion s'expose alors au risque d'aliénation mentale dans une démarche de «disparition à soi-même » pour ne plus ressentir l'insupportable de son existence. En ce sens, l'exclusion constitue un des facteurs de risque catalyseur de troubles mentaux latents ou mal soignés, répertoriés dans le rapport « Psychiatrie et grande exclusion » de 1995.

De même, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques non dépistées ou en cessation de soins spécialisés, sont plus vulnérables que d'autres face aux aléas de la vie. La conjonction d'une incapacité à les surmonter et de l'absence de soutien de proximité induit le risque de « décompensation ».

Faute de soins, cette « poussée » risque d'amorcer la spirale de décrochages successifs d'«objets sociaux» que sont le travail, l'argent, le logement ; autant de «sécurités de base » fondatrices, selon Jean Furtos, de l'identité sociale de l'individu.

Par ailleurs, le caractère mouvant de ces deux formes d'aliénation, respectivement inscrites dans des continuum raison-déraison et précarité-exclusion, rend ardue l'estimation précise du nombre de ressortissants français cumulant troubles psychiatriques et exclusion sociale.

Pour autant, l'ampleur de la déraison et de la déliaison a conduit l'Union Européenne à ériger en priorités la lutte contre les exclusions ainsi que la prise en charge des troubles mentaux.

En France, la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 ainsi que le plan gouvernemental de santé mentale de novembre 2001 attestent une récente prise de conscience des enjeux en termes de cohésion sociale et de santé mentale.

Près de 25 % de la société française vit de façon précaire, exposée au risque de basculer dans l'exclusion. Ce chiffre recouvre les bénéficiaires de minima sociaux et les « travailleurs pauvres ». Le nombre de sans abri en France est estimé à 100 000.

Quant aux troubles mentaux, ils constituent le premier motif d'admission des français en affection longue durée, selon les résultats de l'enquête précitée de la DREES. D'après les études prospectives de l'Organisation Mondiale de la Santé, près d'un français sur trois sera confronté dans sa vie à un trouble psychiatrique.

La capitale parisienne, territoire de mon stage d'exercice professionnel, cristallise de façon amplifiée la convergence de ces deux « pathologies du lien » avec soi et les autres. D'une part, dix mille personnes errantes sont recensées par la Mairie de Paris, et d'autre part, les troubles mentaux, tels la dépression, l'attaque panique et les phobies y sont sur-représentés.

Face à l'ampleur des troubles mentaux en tant que vecteurs ou produits potentiels de l'exclusion sociale, la DASS de Paris a mis en place le 15 décembre 1999 un réseau départemental « psychiatrie-précarité ».

Ce réseau, animé par des équipes intersectorielles issues des hôpitaux psychiatriques parisiens, constitue un cadre fédérateur des acteurs de la santé mentale et des travailleurs sociaux des structures d'hébergement social, visant à coordonner leurs prestations respectives au service du retour à l'autonomie psychique des personnes désocialisées.

L'angle ici retenu porte sur la trajectoire de retour à l'autonomie psychique des personnes désocialisées qui appelle une réponse à la fois coordonnée et individualisée.

En effet, l'interaction des besoins requiert une articulation des prestations, dans la mesure où les soins psychiatriques constituent la première étape de la réinsertion sociale et que l'efficacité de l'accès et du maintien de ces soins repose sur un hébergement stable avec accompagnement social.

Aussi, l'étude de ce réseau sera centrée sur le partenariat entre les secteurs psychiatriques et les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) parisiens au service de la trajectoire de soins spécialisés au bénéfice de la population adulte. La temporalité relativement longue des CHRS et l'accompagnement social nécessaire à l'étayage des soins constituent des critères ayant présidé à leur choix par rapport aux autres structures sociales membres du réseau.⁴

Par ailleurs, le pilotage ainsi que le suivi de ce réseau relèvent d'une double compétence de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) ; comme régulateur en matière de planification de l'offre, et comme maître d'ouvrage pour agencer les compétences au service des besoins des usagers.

L'IASS doit être capable de fédérer des acteurs de culture professionnelle différente pour les inciter à converger vers une prise en charge croisée d'une même population tout en respectant les compétences des coordinateurs du réseau.

⁴Centres d'Hébergement d'Urgence, Espaces Solidarité Insertion, Résidences Sociales, Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile.

En outre, le réseau constitue un outil de régulation de l'offre de soins dont l'IASS doit organiser la cohérence, à la confluence de la démarche de santé publique relayée par le Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et du maillage du dispositif de soins spécialisés désormais fixé au volet psychiatrie du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Fin 2003, le réseau est réactivé par la DASS de Paris, avec la mise en place d'un Comité de pilotage et la nomination d'un co-coordonateur issu du champ social en sus des services du praticien psychiatre.

Cette démarche de redynamisation est le révélateur de signes d'essoufflement du partenariat au terme de quatre années de fonctionnement du réseau.

Dans cette optique, l'on peut se poser une série de quatre questionnements au regard des objectifs visés et du mode de structuration du réseau au service de ces enjeux ;

- Les équipes intersectorielles mobiles, faisant office d'interface opérationnelle et institutionnelle entre les acteurs de terrain, ont-elles joué un rôle de levier ou de défausse dans cette dynamique relationnelle ?

- En matière d'accès croisé aux soins spécialisés et à l'hébergement social, l'accueil de malades mentaux dans un CHRS dit généraliste relève-t-il véritablement de sa mission, sachant que dans certains cas la réinsertion sociale de droit commun s'avèrera impossible ? Le secteur psychiatrique a-t-il les moyens de son action dans un contexte de sollicitation intensive de ses services ?

- Par quels moyens la continuité des soins spécialisés et de l'hébergement social peut-elle être garantie ? La question peut se poser, face au primat persistant en France du curatif sur le préventif, et compte tenu des exigences de rotation élevée pesant sur les structures sanitaires et sociales en vue de soigner et d'accueillir le plus grand nombre de personnes en détresse.

- Le réseau parisien, en tant que mode d'organisation et de coordination des acteurs, constitue-t-il un outil intrinsèquement adapté aux enjeux partenariaux ?

Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, une démarche en deux phases est entreprise, constituée d'une exploitation livresque suivie de démarches d'investigations sous forme de questionnaire⁵ et d'entretiens⁶ avec les acteurs de terrain.

Tout d'abord, les notions de troubles mentaux et d'exclusion sociale ont été étudiées afin de comprendre les besoins en la matière. Ensuite, les dispositifs de l'offre en matière de

⁵ Cf. annexe n°2

⁶ Cf. annexe n°3

soins spécialisés et d'hébergement en CHRS ont été examinés au travers de la législation et des ouvrages s'y rapportant.

Consécutivement à cette analyse conceptuelle et textuelle, une exploration empirique a été conduite sur le territoire parisien autour de trois pôles d'acteurs ; les CHRS, les équipes intersectorielles de psychiatrie et les intervenants investis d'un rôle institutionnel dans la coordination et le pilotage du réseau⁷.

La technique du questionnaire a été employée afin d'avoir une vision panoramique des quarante-quatre CHRS de la capitale. Sa teneur ayant été élargie pour répondre aux besoins exprimés par le service en charge de renégociation des conventions d'aide sociale de l'Etat avec les CHRS à la DASS de Paris, la retranscription des réponses est sélective par rapport à l'ensemble des questions.

Un questionnaire a donc été adressé aux CHRS parisiens début juin avec un courrier d'accompagnement⁸ explicitant l'objet de la démarche visant à recenser les besoins psychiatriques de la population résidente et à saisir leur perception du partenariat avec les secteurs psychiatriques. Ces informations, d'ordre quantitatif et qualitatif, sont recueillies au travers d'une alternance de questions fermées et ouvertes.

La date de retour, fixée au 30 juillet, laissait près de deux mois aux destinataires pour remplir ce document évaluatif.

Sur les quarante-trois CHRS en activité – un a été fermé pour cause de travaux – vingt ont répondu, soit un taux de réponse de 46 %. Ce chiffre relativement modeste est imputable à la période estivale de surcroît marquée par la campagne budgétaire qui était en cours.

Cependant, la visée n'étant pas de prétendre à l'exhaustivité, mais de recueillir un échantillonnage de données reflétant le regard des travailleurs sociaux, ce taux de réponse est jugé suffisamment important pour être exploité.

Parallèlement, après lecture des rapports d'activité de chacune d'entre elles, les membres des cinq équipes intersectorielles ont été rencontrés en entretien semi-directif. Leur rôle d'interface à géométrie variable entre les CHRS et les équipes de secteur, entre les services d'hospitalisation complète et les acteurs sanitaires et sociaux, a été pris en compte pour orienter les questions sur la nature, les difficultés et les perspectives de leurs liens croisés.

De même, ont été rencontrés les acteurs jouant un rôle institutionnel à l'égard du réseau « psychiatrie-précarité » tels les deux co-coordonateurs ; une directrice de CHRS et un

⁷ Cf. annexe n°3 : liste des personnes rencontrées

⁸ Cf. annexe n°1

psychiatre praticien hospitalier, et le binôme pilote constitué de l'Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale en charge de l'hébergement social et du Médecin inspectrice de santé publique mobilisée sur la psychiatrie.

Enfin, le fait d'avoir assisté à plusieurs réunions d'un groupe de travail sur la thématique « psychiatrie-exclusion », portant sur le volet psychiatrie du SROS de troisième génération 2005-2010, a permis d'observer les termes du dialogue entre les acteurs et l'administration régulatrice.

L'exploitation des données issues des lectures et des travaux d'enquête de terrain sera retranscrite au travers des trois développements suivants :

Tout d'abord, il convient d'analyser le réseau sous sa forme organique, comme vecteur d'une dynamique triangulaire associant des acteurs de culture professionnelle différente au service des malades mentaux désocialisés. Dans cette optique, seront successivement présentés sous un angle historique et organisationnel, les dispositifs de santé mentale, les structures des CHRS ainsi que le réseau, socle partenarial (I).

Ensuite, il s'agira d'établir un bilan de près de cinq années de fonctionnement du réseau, en se posant deux questions directrices sur les retombées partenariales et sur l'adaptation de l'outil aux objectifs de décloisonnement des acteurs (II).

Enfin, des propositions de redynamisation du partenariat seront formulées (III).

1 – CONVERGENCE DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET DES CHRS VERS LA PRISE EN CHARGE CROISEE D'UN MEME PUBLIC

A l'issue de la Seconde Guerre mondiale, les dispensaires d'hygiène mentale, ancêtres des Centres médico-psychologiques (CMP), et les établissements de reclassement des personnes sortant de prostitution préfigurant les futurs CHRS, constituent les prémices d'une convergence des logiques d'action.

En effet, le passage d'une politique ségrégative à une ouverture « hors les murs » caractérise l'évolution de ces deux institutions, dont l'aboutissement prend la forme d'un travail en réseau sur des objectifs communs.

1.1 – La psychiatrie de secteur dans la cité vers une approche de santé mentale ouverte sur les partenaires extérieurs

Avant de dresser un panorama des établissements de santé mentale parisiens, le processus d'externalisation de la psychiatrie est retracé afin d'éclairer à la lumière du passé les enjeux contemporains.

A partir de la critique des asiles psychiatriques, fortement décriés depuis la scandaleuse hécatombe de 40 000 personnes internées victimes de famine au cours de la Seconde Guerre, la sectorisation est établie par une circulaire fondamentale du 15 mars 1960⁹.

Le territoire français est découpé en secteurs dans le cadre desquels une même équipe pluridisciplinaire¹⁰, oeuvrant dans et hors les murs de l'hôpital, assure le continuum de la prise en charge en matière de prévention, diagnostic, soins et post-cure.

La proximité de lieux de soins accessibles et diversifiés permet de maintenir les patients dans la cité tout en leur offrant des prestations adaptées à l'évolution de leurs pathologies mentales.

Les principaux équipements sectorisés constituent des alternatives à l'hospitalisation complète en milieu intra-hospitalier et se distinguent suivant leur mode de prise en charge ;

- ambulatoire : le CMP est le pivot du secteur, chargé de coordonner toutes les activités extra-hospitalières en lien avec les unités d'hospitalisation, afin de garantir le continuum

⁹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

¹⁰ Le caractère pluridisciplinaire est ultérieurement issu de l'arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

de la prise en charge. Il peut fonctionner sans discontinuer pour répondre à l'urgence psychiatrique, auquel cas il se dénomme Centre d'accueil permanent (CAP),

- hospitalisation à temps partiel : l'hôpital de jour délivre des soins polyvalents, intensifs et brefs. L'hôpital de nuit a un rôle d'apaisement lors de périodes propices à l'angoisse.

- prise en charge à temps partiel : les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ainsi que les ateliers thérapeutiques visent à restaurer l'autonomie au moyen de thérapies de groupe et d'activités de ré entraînement à la vie sociale.

- hospitalisation à temps plein : les foyers de post-cure sont des unités de moyen séjour qui relaient, en aval des soins aigus, les traitements pour un retour à l'autonomie.

Mais, ce travail en réseau, interne à la psychiatrie, est entravé par la dichotomie des financements entre le département (prévention et post-cure) et l'Etat (soins) à laquelle il sera remédié en 1985. Dans le cadre de deux lois du 25 juillet et du 30 décembre 1985¹¹, la sectorisation est légalisée et son financement est unifié au sein de la dotation globale de financement.

Désormais, le déploiement de structures extra-hospitalières est facilité, vecteur de collaboration entre la psychiatrie et les hébergements sociaux conformément aux orientations en ce sens fixées dans la circulaire du 14 mars 1990¹².

Cette ouverture sur les partenaires extérieurs à la psychiatrie, signant l'approche de santé mentale, est récemment réaffirmée par la loi n°04-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui prévoit que le schéma de planification sanitaire doit tenir compte des priorités de santé publique au nombre desquelles figure le PRAPS en faveur des personnes en situation précaire.

Plus de quarante ans après, la politique de développement des alternatives à l'hospitalisation est inachevée, d'où des difficultés pour conduire un partenariat dans la cité. La psychiatrie parisienne illustre le hiatus entre le mouvement de réduction du nombre de lits à temps plein qui n'est pas suffisamment compensé par une hausse corrélative d'alternatives.

Il est de noter en premier lieu que depuis l'arrêté n°94-33 du 6 juin 1994, les hôpitaux psychiatriques ne se dénomment plus Centres hospitaliers spécialisés.

Sur Paris, quatre établissements publics et un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH) composent le dispositif de psychiatrie publique. A ces structures

¹¹ Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 légalisant le secteur, loi n°85-1403 du 30 décembre 1985 (article 79)

¹² Circulaire n°90-557 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale : Ainsi, « le fort pourcentage de personnes accueillies dans les CHRS au sortir d'établissements de soins (...) rend indispensable une collaboration étroite avec les acteurs du système de santé. (...) avec l'objectif de mettre en œuvre de véritables prises en charge conjointes, à la fois médicales et sociales ».

sont rattachées des équipes de secteur oeuvrant sur un certain nombre d'arrondissements comme suit :

- EPS¹³ Sainte-Anne : Paris, 7 secteurs, 5 arrondissements (5^e, 6^e, 14^e, 15^e, 16^e),
- EPS Esquirol : Val de Marne, 6 secteurs, 6 arrondissements (1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 11^e, 12^e),
- EPS Maison Blanche : Seine St Denis, 10 secteurs, 5 arrondts (9^e, 10^e, 18^e, 19^e, 20^e),
- EPS Perray-Vaucluse : Essonne, 5 secteurs, 3 arrondissements (7^e, 8^e, 17^e),
- PSPH ASM 13¹⁴ : Essonne, 1 secteur, 1 arrondissement (13^e).

Etant donné qu'un seul de ces établissements est implanté sur Paris intra-muros ; une importante opération de délocalisation de lits à temps plein est planifiée dans le schéma régional d'organisation de la psychiatrie de deuxième génération¹⁵ actuellement en vigueur. Suivant le bilan quadriennal de ce schéma¹⁶, 769 lits sont délocalisés ou en cours de rapprochement auprès des patients parisiens.

Ce rapatriement drastique va de pair avec une forte réduction de la capacité intra-hospitalière sur site des établissements franciliens. Ainsi, Perray-Vaucluse conserve actuellement cinquante-cinq lits de psychiatrie générale, tandis que ASM 13 ne comportera plus de lits dans l'Essonne.

Les autres établissements, non concernés par la délocalisation, sont incités à fortement réduire le nombre de lits à temps plein, trop élevé eu égard aux indices d'équipement.

En effet, la carte sanitaire en psychiatrie établie en janvier 2004, révèle que Paris est excédentaire de 13 % en lits à temps plein et déficitaire à hauteur de 28 % en lits et places autorisés eu égard aux indices respectifs.¹⁷

En matière de capacité intra-hospitalière, Paris se démarque nettement des autres départements franciliens qui ont un taux d'équipement inférieur à 1 (Paris a un taux de 1,02) et ont un nombre de lits autorisés en-deçà des besoins théoriques, hormis les Hauts de Seine qui excèdent légèrement à hauteur de 4 %.

Quant à l'indice global de lits et de places, hormis la Seine St Denis qui a le taux d'équipement le plus faible (0,56), le déficit ne varie pas sensiblement entre les départements franciliens.

¹³ Etablissement Public de Santé

¹⁴ Association de santé mentale 13

¹⁵ SROS arrêté le 17 juin 1998

¹⁶ Bilan de la mise en œuvre du SROS de psychiatrie établi par la DRASSIF, juin 1998 à juin 2004

¹⁷ Indice partiel : uniquement les lits à temps plein, indice global : lits et places d'alternatives. Les indices sont arrêtés par l'arrêté ministériel du 11 février 1991 et servent à calculer les besoins théoriques d'équipement en les rapportant à la population

1.2 – Du reclassement des marginaux à l’accompagnement social individualisé et global

Les CHRS constituent des établissements sociaux publics ou privés, dotés d’un encadrement socio-éducatif renforcé, financés par l’Aide Sociale de l’Etat, qui ont vocation à aider les personnes en détresse à recouvrer leur autonomie sociale.

Ce statut actuel est le fruit d’un processus historique se déroulant sur un demi siècle au sortir de la Seconde Guerre Mondiale. Il est donc utile d’en discerner les principales étapes avant d’aborder le parc d’hébergement d’insertion parisien.

1.2.1 – De 1946 à 2002 : de la charité à la solidarité

Cette évolution de la logique d’action des CHRS rejoint un vœu émis par un travailleur social oeuvrant au sein d’une association Emmaus «Toujours plus de solidarité pour moins de charité ».

En premier lieu, la loi du 19 avril 1946 crée des établissements de reclassement pour les personnes sortant de la prostitution, parallèlement à la suppression des maisons closes.

Est ainsi inauguré le droit à l’assistance dans une visée «éducative » reposant sur l’obligation d’un retour au travail exercé à l’intérieur ou à l’extérieur de la structure.

D’autres personnes dites « marginales » ; les personnes sortant de prison et les vagabonds, sont également prises en charge par de multiples congrégations à vocation sociale souvent soutenues par l’Eglise¹⁸.

Suite à la légalisation en 1953 de l’assistance devenue aide sociale en matière d’hébergement¹⁹, les dénommés centres d’hébergement et de réadaptation²⁰ sociale élargissent leur prise en charge en direction des «indigents sortant de l’hôpital »²¹ qui sont soumis à la même obligation de travail.

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales met fin à cette logique de ségrégation de marginaux dans une structure collective.

Le recentrage de l’hôpital sur sa mission de soins dans les années 70, induisant la sortie de malades mentaux désormais éligibles aux soins ambulatoires dans la cité, est un facteur de cette ouverture. En effet, leur isolement et leur indigence nécessitent un accompagnement social dans un hébergement stable pour assurer la continuité des soins psychiatriques.

¹⁸ Survivances de cet investissement clérical, de grandes associations à l’instar du Secours Catholique et de l’Armée du Salut, gèrent des CHRS dont la capacité d’accueil sur Paris est très importante.

¹⁹ Décret du 29 novembre 1953

²⁰ Dénomination originelle remplacée en 1998 par le terme « Réinsertion »

²¹ Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954

Dans le cadre de la lutte contre les exclusions, le CHRS devient un outil de base d'insertion dans un cadre territorial régi par un schéma de planification départemental. Au titre de sa mission de service public²², il doit œuvrer « hors les murs » et s'inscrire dans un tissu partenarial afin de coordonner l'ensemble des prestations nécessaires aux besoins des résidents.

Plus récemment, la loi n°02-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a transformé le régime des CHRS hérité de la loi de 1975.

Les CHRS font l'objet d'une régulation plus efficiente avec l'optimisation des instruments existants. Désormais, les créations, extensions ou transformations ne sont autorisées que si les activités projetées sont compatibles avec les orientations du schéma de planification de l'ensemble des hébergements sociaux²³.

Les deux autres instruments de régulation ; les conventions d'admission à l'aide sociale de l'Etat et les contrats d'objectifs et de moyens (COM) se combinent pour accroître l'effectivité du schéma et promouvoir notamment le partenariat territorialisé.

Harmonisation des prestations de base et individualisation d'actions prioritaires au moyen d'incitations financières ciblées sont ainsi conjuguées pour permettre par exemple de réaliser une des orientations prioritaires du SAHIP ; la prise en charge croisée de la souffrance psychique des personnes en grande précarité.

Ensuite, les CHRS bénéficient d'une autonomie de fonctionnement accrue en contrepartie d'une plus grande transparence liée à leur mission de service public.

Les séjours ne sont plus limités dans le temps ; ce qui est gage de souplesse pour l'accompagnement de malades mentaux qui requièrent une temporalité plus longue. Au demeurant, le souci d'éviter une « dépendance institutionnelle » limite dans la réalité à deux, trois ans maximum le séjour de ces personnes en CHRS.

Enfin, l'accompagnement individualisé et global s'appuie sur la promotion des droits des usagers et sur le travail en réseau, gage de coordination des multiples prestations par le « référent » social du résident.

Le maillage local ainsi que la coordination des acteurs, encouragés en 1998 et 2002, visent à garantir la transversalité de l'accompagnement social pour répondre au plus près des besoins des publics dans la détresse. Il s'applique notamment à la collaboration entre les acteurs psychiatriques et les travailleurs sociaux pour restaurer l'autonomie psychique et sociale des malades mentaux.

²² La circulaire n°91-19 du 14 mai 1995 reconnaît pour la première fois la mission de service public des CHRS

²³ Schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion à Paris (SAHIP)

1.2.2 – Dispositif des quarante-quatre CHRS parisiens

L'analyse des grandes caractéristiques de la population parisienne met au jour une ampleur de besoins socio-économiques tels que la capacité des hébergements sociaux est saturée malgré l'importance superlative du taux d'équipement de la capitale au regard de la moyenne nationale.

Paris a la particularité d'être à la fois ville et département et d'exercer, depuis sa création comme collectivité territoriale hybride en 1964, « des compétences de nature communale et départementale par le biais du Conseil de Paris ». D'où l'orthographe spécifique de la DASS s'écrivant avec un seul « D » pour tenir compte de ce dédoublement administratif.

Sur le territoire parisien, situé au centre des huit départements de la région d'Île de France, vit une population de 2 145 844 habitants sur une aire de 105 km², selon le recensement révisé par l'INSEE²⁴ au 1^{er} janvier 2003. Il en résulte une densité parisienne de 20 437 personnes par km² largement supérieure à la densité moyenne de la population française de 109 personnes par km².

En outre, la population se répartit très inégalement entre les vingt arrondissements de la capitale, avec une forte concentration sur les 3^{ème}, 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème} et 20^{ème}.

Par ailleurs, le nombre superlatif de bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion²⁵ dans la capitale ; 37,7 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, dépasse nettement la proportion moyenne à l'échelle de la France qui est de 29 pour 1 000. Ce minimum social est un indicateur de la paupérisation croissante de la population parisienne ; résultante d'un taux de chômage élevé allié à la cherté des conditions de vie et de logement.

Ainsi, les personnes issues des classes moyennes continuent de s'exiler en proche banlieue afin de se loger à moindre coût, et parallèlement, Paris garde sa force traditionnelle d'attraction à l'égard des populations en situation d'errance.

Paris devient ainsi le lieu des extrêmes de la société qui se cantonnent progressivement dans des micro-territoires cloisonnés, avec un Nord-Est particulièrement paupérisé, tandis que le centre et l'ouest de Paris abritent une population aisée.

Enfin, le fort afflux d'une population de demandeurs et de déboutés du droit d'asile, induisant une saturation des Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, vient accentuer par ricochet la pression sur la capacité d'accueil des CHRS.

D'après une enquête « jour donné » réalisée dans les CHRS franciliens en 2004, la population précarisée est majoritairement masculine. Est relevé un double phénomène

²⁴ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

²⁵ Source : DRASS, Caisse des allocations familiales, Mutualité sociale agricole, 1^{er} janvier 2003

récent : la féminisation de ce public avec le recours accru de femmes victimes de violences aux CHRS plus sûrs par rapport à la rue, et des jeunes de 18 à 24 ans plus nombreux à basculer dans l'exclusion – dont une forte proportion de personnes étrangères et de jeunes filles en rupture familiale.

Au sein de ce public « désaffilié », le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux a fait l'objet d'un recensement dans le cadre d'une enquête conduite par la DASS de Paris en 2001²⁶. Parmi les 1 487 personnes admises dans les CHRS ayant répondu au questionnaire, 348 nécessitaient des soins psychiatriques, soit 23,4 %.

Face à ces besoins, les quarante-quatre CHRS parisiens, représentant 2 620 places au sein d'un dispositif d'hébergement de près de 15 000 places²⁷, confèrent au département parisien le taux d'équipement le plus élevé de France avec 1,99 pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans, alors que le taux national est de 1,04.

Ces hébergements, à la frontière de l'urgence et de l'insertion niveau trois des résidences sociales – en aval des CHRS et dans l'attente d'un logement ordinaire – constituent une mosaïque complexe.

Malgré la concentration des gestionnaires – vingt-sept associations pour quarante-quatre CHRS – leur fonctionnement est très disparate et souvent spécialisé par public.

Il faut relever le poids du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris qui gère cinq CHRS, représentant avec 674 places, plus du quart de la capacité globale.

Le gigantisme de certains CHRS - 150 à 200 places - est un vecteur d'intérêt pour les acteurs psychiatriques qui y voient une opportunité pour faciliter l'admission des sortants d'hospitalisation afin de maintenir pour un laps de temps les soins de stabilisation. D'où une prévalence de conventions de partenariat avec ce type de structures.

Par ailleurs, cinq CHRS (total de 310 places), sont dits « polyvalents » ; constituent en leur sein une véritable filière d'hébergement graduée selon le triple niveau d'urgence, d'insertion et de post-insertion. Ce fonctionnement en circuit fermé facilite certes les orientations d'une structure à l'autre du fait de leur proximité, mais remet en cause la notion d'un partenariat véritablement ouvert.

Enfin, quatre catégories de CHRS se distinguent suivant leur spécialisation dans l'accueil d'un public déterminé, mixte ou réservé à l'un des deux sexes.

- Deux CHRS (124 places) accueillent exclusivement des malades mentaux en aval des hôpitaux psychiatriques,

²⁶ Enquête conduite par le groupe de travail « souffrance psychique » sous l'égide de la DASS de Paris dans le cadre du SAHIP

²⁷ Le dispositif inclut les centres d'hébergement d'urgence, les centres pour demandeurs d'asile, les résidences sociales et les places éligibles à l'allocation de logement temporaire

- Neuf CHRS (281 places) accompagnent des personnes « sous main de justice »,
- Deux CHRS (75 places) suivent des jeunes de 18 à 24 ans,
- Deux CHRS (40 places) prennent en charge des femmes victimes de violences.

Tout aussi disparate est leur ventilation territoriale : les CHRS sont concentrés sur le 13^e arrondissement et sur le Nord-Est (9^e, 10^e, 18^e, 19^e et 20^e) pour respectivement le quart et la moitié de la capacité globale. Par conséquent, la notion de domiciliation des CHRS sur le territoire de compétence des secteurs psychiatriques ne peut faire l'objet d'une application systématique et uniforme, sous peine de saturer les équipes psychiatriques des arrondissements à forte densité d'hébergements sociaux.

Enfin, au titre de l'accès aux soins²⁸ de la population hébergée, les CHRS sont incités à s'engager dans un partenariat actif avec les acteurs de la psychiatrie. A ce jour, onze conventions sont conclues ; signe d'une amorce de collaboration enclenchée par le réseau parisien « psychiatrie-précarité » dont il va être ici question.

1.3 – Le réseau à la confluence des compétences des acteurs sanitaires et sociaux pour un partenariat au service d'un même public

Le réseau parisien de prise en charge croisée constitue un des nombreux avatars du « réseau de santé ». Cette notion, issue de la loi du 4 mars 2002²⁹, est la résultante d'un processus de promotion de la trajectoire de prévention, soins et réinsertion, induisant une approche pluridisciplinaire et coordonnée au sein d'un réseau.

Les principales étapes de ce processus seront retranscrites et suivies d'une mise en perspective du réseau parisien quant aux actions qui y sont conduites.

1.3.1 – Du réseau ville-hôpital au réseau de santé : externalisation du réseau

Le réseau est un outil protéiforme, dont les différentes modalités d'organisation et de formation se sont enrichies au fil des ans. Mais, force est de constater un tropisme sous-jacent de cette évolution ; la pluridisciplinarité croissante des acteurs du réseau confère à cet outil sa véritable visée partenariale.

²⁸ L'article 2 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie prévoit l'application de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique qui garantit les principes d'égal accès aux soins, de continuité et de sécurité sanitaires

²⁹ Loi n° 02-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé

Ainsi, une circulaire de juin 1991 initie ce mode de collaboration pour accompagner les personnes victimes de l'infection par le virus du sida. Ce réseau ville-hôpital met en lien les personnels hospitaliers et les médecins de ville au service d'une population souffrant d'une pathologie lourde spécifique. Ce travail conjoint s'étendra dans les années suivantes à la prise en charge d'autres pathologies ou populations ; la toxicomanie, l'éthylisme, l'hépatite C et les personnes en situation de précarité.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996³⁰ instaure le « réseau de soins » tout en élargissant sa composition et ses missions. Désormais, la multiplicité des champs sanitaire/social/médico-social, public/privé, Etat/ville, autorise des réseaux à géométrie variable en fonction des besoins visés d'ordre préventif, curatif, palliatif ou social.

Surtout, ce mode d'organisation et de coordination est étendu à l'univers de la psychiatrie, facilitant son désenclavement et son évolution subséquente vers la santé mentale.

Cette ouverture de la psychiatrie vers la cité est notamment encouragée en direction des personnes démunies dans le cadre des PRAPS issus de la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. La deuxième génération actuelle de ces programmes triennaux affichent la santé mentale au nombre des actions prioritaires et constituent un levier financier des partenariats en ce sens.

Enfin, le « réseau de santé », codifié à l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique (CSP) par la loi précitée du 4 mars 2002, est au service de missions davantage axées sur la prévention et empreintes d'une logique transversale à même de garantir un accompagnement global et adapté aux besoins de chacun.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003³¹, les réseaux peuvent être dotés d'une personnalité morale susceptible de les ancrer sur le territoire et de faciliter les octrois de financements auxquels ils sont éligibles, dont la récente Dotation nationale de développement des réseaux instaurée en 2001³². Selon l'article L. 6321-2 du CSP, « les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations ».

Eu égard à ce concept de réseau de santé, le réseau parisien « psychiatrie-précarité » en revêt les principales caractéristiques au travers de son architecture et de ses missions.

³⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

³¹ Ordonnance n°03-850 du 4 septembre 2003

³² Loi n°01-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002

Ce réseau, formalisé par une charte signée le 15 décembre 1999, fédère des acteurs pluridisciplinaires des deux champs sanitaire et social ; cinq établissements de santé mentale avec leurs équipes intersectorielles respectives, une équipe mobile inter-établissements intervenant à la demande du Samu³³ social, le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil et l'ensemble des structures sociales d'accueil et d'hébergement.

L'objectif est de faciliter l'accès aux soins psychiatriques et leur continuité en faveur des personnes en situation d'exclusion. Cette dimension sanitaire, inhérente au réseau de santé, va de pair avec une visée sociale facilitant l'accès ou la stabilisation de personnes souffrant de troubles mentaux dans un hébergement relativement durable afin de pérenniser les soins.

Son architecture à triple étage concilie une souplesse nécessaire à tout réseau avec une répartition claire des rôles propre à structurer son organisation.

D'abord, le Comité de pilotage, animé par la DASS de Paris, a une fonction régulatrice en cadrant les orientations du réseau en fonction des priorités de santé publique.

Ensuite, les deux co-coordonateurs ; un psychiatre praticien hospitalier et une directrice de CHRS, harmonisent respectivement les univers sanitaire et social, au travers de formations, de journées d'information et de systèmes d'évaluation. En outre, le co-coordonateur sanitaire régule les équipes intersectorielles. La coordination est pratiquée sans esprit de hiérarchisation des acteurs.

Enfin, les binômes (infirmier et assistant de service social) des équipes intersectorielles ont un véritable rôle d'animation du réseau et mettent en lien les acteurs de terrain concernés : les secteurs psychiatriques et les travailleurs sociaux.

1.3.2 – le travail de liaison des équipes intersectorielles, chevilles ouvrières du réseau parisien « psychiatrie-précarité »

Afin d'éviter toute confusion sémantique, ces équipes seront toujours dénommées « équipes mobiles »³⁴.

A titre liminaire, quelques caractéristiques communes à ces équipes. Elles veillent soigneusement à préserver leur rôle de « tiers » afin de ne pas être assimilées aux acteurs psychiatriques de secteur et asseoir ainsi leur dimension intersectorielle. En

³³ Service d'aide médicale urgente

³⁴ l'équipe oeuvrant avec le Samu social et rattachée à l'hôpital Esquirol ne sera pas étudiée, car elle n'intervient pas à l'égard de personnes hébergées en CHRS.

outre, elles effectuent un travail de liaison qui se différencie de la psychiatrie de liaison dans la mesure où elles ne délivrent pas de soins.

Enfin, l'ensemble des équipes mobiles effectuent des prestations individuelles et institutionnelles, mais suivant des modalités différentes.

➤ **Triptyque d'actions individuelles auprès des hébergés en CHRS : évaluation, accompagnement vers les soins et suivi**

En premier lieu, l'évaluation consiste à identifier les besoins et à aider les personnes souffrantes à formuler une demande de soins dans le but de prévenir l'apparition ou la chronicisation des troubles mentaux.

Il s'agit ainsi de dépister des symptômes précurseurs à l'instar des sentiments de perte de dignité, de l'estime de soi, de négligence des besoins fondamentaux (alimentation, sommeil). Cette tâche est délicate face à des personnes qui éprouvent de grandes difficultés à « verbaliser » leurs souffrances et qui sont souvent dans une attitude de déni symptomatique de leur pathologie. Est requis en conséquence l'« art de l'écoute et de l'écho » cher à Lucien Bonnafé, éminent psychiatre.

En outre, la mobilité met en jeu une dialectique ardue entre la nécessité d'« aller vers les personnes pour les apprivoiser sur leur territoire » et le souci d'éviter des consultations sur place qui enfermeraient les résidents dans une « filière de soins pour exclus »³⁵. De même, un équilibre est à trouver entre le secret médical et la communication d'informations aux professionnels sociaux qui accompagnent au quotidien les résidents. Ainsi, les « personnes qui vont mal » sont signalées mais les motifs médicaux ne sont pas divulgués³⁶.

Les équipes procèdent différemment : l'équipe Esquirol anime de fréquents groupes de paroles lors des permanences d'accueil, tandis que les équipes ASM 13 et Sainte-Anne, qui assurent également une présence régulière dans les CHRS, privilégient les entretiens individuels avec les résidents. L'équipe Perray-Vaucluse intervient sur demande des acteurs sociaux et l'équipe Maison Blanche pratique une évaluation essentiellement téléphonique.

Suite à l'émergence d'une demande de soins, les équipes mobiles accompagnent la personne souffrante vers les dispositifs psychiatriques ambulatoires ou hospitaliers, selon le degré de gravité et la nature des troubles. Les équipes sont très attachées à la manifestation d'une demande, car elle permet de s'assurer du consentement aux soins et de rendre le patient acteur de sa démarche. Après être « allées vers », il s'agit pour ces

³⁵ Propos émis en entretien par un membre de l'équipe Esquirol

³⁶ Propos émis en entretien par un membre de l'équipe Sainte-Anne

équipes de « faire venir » les résidents dans les dispositifs de droit commun afin d'éviter que leur action ne soit stigmatisante pour ces personnes en souffrance.

Selon leurs propos, il est important « de passer le relais » à bon escient ; c'est à dire au bon moment et auprès de la structure adéquate.

L'accompagnement physique du patient est surtout pratiqué par les équipes Esquirol, Sainte-Anne, ASM 13. Cet accompagnement vise tant à rassurer l'utilisateur qu'à favoriser une présentation mutuelle du travailleur social référent et du soignant.

Enfin, le suivi des personnes désocialisées souffrantes relève d'une mission de prévention tertiaire visant à éviter que les rechutes ne se traduisent par des ruptures de soins et d'hébergement. Cette action est d'autant plus vitale que le caractère souvent chronique des pathologies mentales induit une évolution émaillée de décompensations.

Les équipes mobiles restent ainsi en contact avec le secteur compétent pour les personnes leur ayant été signalées par les travailleurs sociaux. C'est un suivi essentiellement ambulatoire, car aucune équipe n'a fait mention de ce rôle en matière de sortie d'hospitalisation de personnes qui n'étaient pas auparavant hébergées en CHRS.

➤ **Prestations institutionnelles d'« aide aux aidants »**

Lors de réunions de synthèse portant sur l'étude de cas cliniques, les équipes mobiles aident les acteurs sociaux à dépister la détresse psychique qui peut être facilement masquée par le repli sur soi et la désocialisation des résidents. L'enjeu est de parer au risque de l'évolution péjorative d'une souffrance psychique vers un trouble mental avéré, faute d'être détectée à temps.

Il s'agit d'un « dépistage » ; le « diagnostic » restant de la compétence du membre infirmier de l'équipe mobile. Cette vigilance dans le partage des compétences s'observe également dans le souci des équipes d'être perçues comme un appui extérieur et non pas comme « juge d'un mode de travail ».

Enfin, en sus de sa visée préventive, l'aide à l'évaluation facilite un adressage à bon escient de la part des travailleurs sociaux vers les dispositifs de psychiatrie qui peuvent ainsi accroître leur disponibilité tout en se recentrant sur les troubles psychiatriques.

En outre, les équipes mobiles apportent un appui psychologique aux acteurs sociaux confrontés à la souffrance parfois violente des personnes hébergées, au sentiment de culpabilité en cas d'échec, à l'empathie porteuse de surcharge émotionnelle. Des réunions périodiques d'analyse des pratiques professionnelles visent à dédramatiser les défaillances et à limiter les risques de l'épuisement, source potentielle de rejet.

Par ailleurs, les équipes mobiles ré adressent les résidents de CHRS, ayant bénéficié de soins psychiatriques antérieurs dans un délai rétroactif de cinq ans, vers les secteurs qui les ont soignés durant ce laps de temps.

A cet effet, l'infirmier de l'équipe mobile, sur signalements par le secteur ou le CHRS, contacte le CPOA³⁷ afin de reconstituer les antécédents psychiatriques connus. Il contacte ensuite l'équipe du secteur compétent qui doit prendre le relais, dans le respect de la dite règle quinquennale garantissant la continuité des soins malgré les changements de domiciliation. En principe, cette procédure ne s'applique pas aux personnes sans passé psychiatrique. Ces dernières relèvent du secteur dans le ressort territorial duquel est implanté le CHRS où elles sont hébergées.

L'appui institutionnel induit enfin un important travail de sensibilisation croisée des acteurs pour les inciter à œuvrer conjointement sur un projet de vie qui soit individualisé et global. En effet, il s'agit de faire prendre conscience aux acteurs de terrain de l'interdépendance entre les soins psychiatriques, l'hébergement relativement stable et l'accompagnement social, afin de les convaincre de l'intérêt de coordonner leurs efforts pour garantir l'efficacité respective des éléments de ce triptyque.

Versant psychiatrique, la sensibilisation des soignants porte sur l'accessibilité et la qualité de l'accueil. Ainsi, les équipes mobiles incitent les professionnels de secteur à raccourcir les délais de consultations ambulatoires et à accéder aux demandes non programmées – sans rendez-vous . L'enjeu est d'éviter que les résidents ne renoncent à poursuivre leur démarche faute d'une réponse rapide : risque d'autant plus grand qu'ils ont une image néfaste de la psychiatrie en raison du poids traumatisant de leur passé psychiatrique et qu'ils souffrent de fréquentes difficultés de repérage temporel.

Par ailleurs, l'enjeu d'un accueil spécifiquement adapté à la fragilité mentale des patients, dans une structure de droit commun, requiert une démarche d'information et de formation des soignants quant aux traits de la clinique psychosociale.

Versant social, la sensibilisation vise à rassurer et à responsabiliser le personnel des CHRS quant aux soins psychiatriques. Ainsi, ces prestations ne doivent pas être vécues comme une « intrusion » psychiatrique ni constituer un exutoire au débordement de la capacité d'accompagnement des malades mentaux.

³⁷ Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

Au service de ces sensibilisations, l'information ainsi que la formation sur les logiques d'actions et les sphères de compétences respectives permettent à «chacun de faire connaître à l'autre ce qu'il peut faire de sa place ». Dans ce cadre, les équipes ASM 13 et Esquirol animent des séminaires d'enseignement (entre un et trois par an).

En sus de l'enrichissement des pratiques respectives de travail au travers de cette ouverture croisée, les besoins des usagers sont mieux pris en compte, car mieux connus et mieux écoutés pour une prise en charge idoine.

Suite à sa description au travers des chevilles ouvrières mettant en lien des acteurs dont l'historicité a été retracée, le réseau parisien sera analysé en termes de retombées partenariales et comme mode d'organisation et de coordination.

2 – ANALYSE DU RESEAU : IMPACT PARTENARIAL ET STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

En sus des entretiens et des investigations livresques, l'analyse repose sur l'exploitation du questionnaire³⁸ adressé aux CHRS visant à recueillir leur perception du partenariat au terme de près de cinq années de fonctionnement du réseau.

2.1 – Le réseau : levier d'une dynamique relationnelle ou alibi de l'impuissance venant masquer des difficultés structurelles ?

Les équipes mobiles ont-elles impulsé chez les acteurs de terrain une volonté de travailler ensemble, ferment même du partenariat ? Par-delà cette volonté, les acteurs psychiatriques et sociaux sont-ils respectivement dotés de moyens leur permettant de s'investir de façon idoine sur cette prise en charge croisée ?

2.1.1 – Des acteurs devenus partenaires ?

La notion de travail en réseau impliquant un changement culturel majeur, une analyse qualitative portant sur le ressenti des acteurs est effectuée au moyen du questionnaire précité. Seuls les travailleurs sociaux ont été sollicités car leur position de « demandeurs » de prestations psychiatriques tant pour les résidents que pour eux-mêmes, permet de réaliser une étude à partir des besoins exprimés.

La démarche vise à retranscrire une double perception exprimée par les acteurs sociaux sur leur rôle à l'égard des malades mentaux et sur leurs partenaires psychiatriques.

Les vingt CHRS répondants ont été classés en trois catégories afin d'isoler deux variables tenant au passé psychiatrique lourd et au vécu carcéral qui induisent des différences de représentations de la maladie mentale.

- CHRS spécialisés dans l'accueil exclusif de malades mentaux, (deux)
- CHRS accueillant les sortants de détention ou « sous main de justice », (cinq)
- CHRS dits « généralistes » accueillant une population âgée de 18 à 59 ans (treize).

Quelques précisions liminaires : cette enquête porte sur une année pleine, 2003.

³⁸ Les visées et le contexte de l'élaboration du questionnaire sont explicités dans le préambule. Ce document est en annexe N°2

Quant à leur vision de leur rôle, les CHRS spécialisés seront décomptés et les CHRS « public justice » seront isolés. En revanche, leur perception de la psychiatrie de secteur sera prise en compte toutes catégories confondues.

Pour chaque thématique, le nombre de réponses et leur fréquence seront mentionnés.

En premier lieu, **la proportion de personnes souffrant de troubles mentaux au sein de la population hébergée** varie pour les quinze répondants de 0 à 36 %.

- CHRS « public justice », 4 réponses : moyenne de 15 %
- CHRS généralistes, 11 réponses : moyenne de 10,25 %

Il ressort une nette prévalence de pathologies mentales au sein de la population sortant de prison. En outre, il faut souligner que parmi les onze CHRS généralistes, quatre n'accueillent pas ce public, d'où une disparité dans l'ouverture à la santé mentale.

Cette politique d'accueil est-elle subie ou volontariste ?

A cet effet, est utilisé l'indicateur comparant le nombre de pathologies « révélées » ; découvertes en cours d'hébergement et celui des pathologies « connues » lors de l'admission en CHRS.

Parmi les onze répondants³⁹, sept, soit 63 % assument plus qu'ils ne subissent leur politique d'accompagnement de ce public. Cependant, ce constat recouvre une réalité disparate, révélant que les CHRS « public justice » sont davantage « contraints ».

- CHRS « public justice », 4 R : 50 % affichent une prévalence de maladies connues,
- CHRS généralistes, 7 R : 71 % affichent une prévalence de maladies connues.

Quelles sont les causes de refus de personnes affectées de troubles mentaux ?

Sur les quatorze répondants, six, soit 42 % estiment que l'accompagnement de ce public ne relève pas de leur mission⁴⁰.

Parallèlement à ce refus explicite, des raisons tenant à l'incompatibilité de la structure du CHRS avec le profil de ce public représentent 35 % des réponses. La « taille trop grande pour un accueil qualitatif », la « nécessité d'équilibrer les profils psychiques », l'insuffisante autonomie de la personne et « l'inaptitude totale à l'emploi » sont avancées pour justifier leurs refus.

Enfin, les carences de formation et de soutien constituent 35 % et 28 % des réponses.

³⁹ sont décomptés les deux CHRS spécialisés et les quatre CHRS précités qui n'hébergent pas de malades mentaux

⁴⁰ Il s'agit des 4 CHRS généralistes précités qui n'hébergent pas de malades mentaux et de deux CHRS « public justice ».

Quant aux **articulations entre les acteurs de terrain**, le nombre de conventions passées est un indicateur d'une confiance mutuelle aboutissant à la formalisation des liens.

Ainsi, sur les vingt CHRS, onze⁴¹ ont contractualisé leurs relations avec la psychiatrie de secteur. Mais, deux d'entre eux semblent avoir passé des « conventions de papier » étant donné l'absence de prestations délivrées par le secteur. Ce phénomène de dérive, au demeurant résiduel, est corroboré par les propos tenus par une équipe mobile indiquant que la passation de ce type d'accord visait à donner des « gages de bonne volonté » aux financeurs institutionnels.

Cela étant, dès lors que sa teneur n'est pas fictive, le cadre conventionnel offre une lisibilité des compétences et une garantie d'ancrage par-delà la rotation des acteurs.

Les conventions sont notamment gages d'une logique de réciprocité d'intérêts. En attestent les six CHRS généralistes « réellement » conventionnés qui ont l'apanage, dans leur catégorie, du rôle de structures d'aval des lieux de soins psychiatriques. Cinq d'entre eux reçoivent ainsi une proportion importante, de l'ordre de 24 à 41 %, de personnes en souffrance mentale orientées par les dispositifs spécialisés.

Quelles sont les prestations effectuées par les secteurs ?⁴²-Vingt répondants

Quatorze sur vingt répondants ont accès au CMP, dont trois précisent que le délai est égal ou supérieur à trois semaines. Mais, seulement cinq CHRS bénéficient d'une évaluation téléphonique régulière des besoins de soins des résidents communiqués par les travailleurs sociaux. Ensuite, dix CHRS, ont des réunions de synthèse avec les secteurs, à leur demande ou selon une périodicité régulière.

Un constat : les CHRS « public justice » sont proportionnellement bénéficiaires à un degré moindre de ces prestations : 3/5 n'ont pas accès au CMP et 4/5 ne recourent pas à l'évaluation téléphonique.

Enfin, les secteurs sont sédentaires ; ils ne se déplacent pas - ou à titre exceptionnel - tant pour répondre à un résident de CHRS en état de crise que pour effectuer une évaluation sur place de ses besoins de soins.

Quelle est l'appréciation des acteurs sociaux sur le partenariat ? 15 répondants⁴³

Elle s'avère fluctuante selon le secteur avec lequel les CHRS sont en contact, mais une majorité d'entre eux estiment les relations « insuffisantes »⁴⁴ et « inadaptées »⁴⁵

⁴¹ ce chiffre inclut une convention en cours d'élaboration pour 2005

⁴² Cf. annexe n°1 pour les items

⁴³ Dix items cochés cumulativement par chaque répondant (Cf. annexe n°1)

⁴⁴ Relations insuffisantes : 10 réponses sur 48, soit une fréquence de 20 %

⁴⁵ Relations inadaptées : 9 réponses sur 48, soit une fréquence de 18 %

Ce jugement traduit d'une part, une forte attente à l'égard des acteurs de la psychiatrie et d'autre part, reflète la persistance d'un hiatus culturel ; première cause⁴⁶ des dysfonctionnements partenariaux avancée par les travailleurs sociaux.

Ainsi, les travailleurs sociaux ont le sentiment de ne pas être reconnus dans leur compétences face à l'attitude « hermétique » de certains secteurs qui négligent leurs observations tirées du quotidien de la personne hébergée.

En outre, ils s'estiment incompris dans leurs contraintes d'assurer un équilibre des profils psychiques au sein de la population pour une cohabitation compatible avec le caractère non médicalisé du CHRS. Selon le personnel d'un CHRS spécialisé, les acteurs médicaux ont une propension à considérer qu'une personne ne requérant pas l'hospitalisation, faute de gravité suffisante des troubles, est subséquemment apte à intégrer la structure d'hébergement social.

Ensuite, les acteurs sociaux reprochent à leurs partenaires d'occulter l'encadrement temporel de l'hébergement.

Enfin, le sentiment d'« être toujours demandeurs » et de se heurter au secret médical « qui ne justifie pas tout » soulignent les carences de l'information et de la communication ressenties par les acteurs sociaux.

En définitive, le « réseau ne se décrète pas »⁴⁷, et l'évolution des mentalités s'inscrit dans une temporalité longue. En outre, la volonté de travailler ensemble doit aller de pair avec une capacité structurelle de chacun des acteurs d'assumer cette synergie croisant le social et le sanitaire dans le respect de leurs compétences respectives.

2.1.2 – Des acteurs structurellement capables d'être partenaires ?

L'analyse de l'efficacité d'un réseau ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les contraintes structurelles affectant les acteurs des deux versants pour en déterminer la portée rédhibitoire ou non sur la prise en charge croisée.

➤ Les CHRS sont-ils adaptés à l'accueil de malades mentaux ?

Cette question se pose en termes de personnel, de modes et de durée d'hébergement. Etant statutairement des institutions sociales, les CHRS sont traditionnellement dépourvus de personnel médical et paramédical. Néanmoins, au vu du tableau des effectifs des CHRS budgétés pour 2003, neuf CHRS sont dotés d'un personnel psychologue. Ce chiffre passe à treize (sans compter les CHRS spécialisés) sur la base du questionnaire qui a permis de mettre en exergue les postes de soins solvabilisés par

⁴⁶ Clivage culturel : 11 réponses sur 25, soit une fréquence de 44 %

⁴⁷ Propos tenus par un psychiatre lors d'une réunion de travail sur le volet psychiatrie du SROS

d'autres financeurs institutionnels. Les CHRS répondants au questionnaire soulignent l'intérêt de disposer des services d'un psychologue pour « assurer les consultations en urgence » à l'intérieur de la structure et « faciliter l'interface » avec la psychiatrie de secteur en raison d'un langage commun.

Est ainsi posé un choix de société : privilégier le pragmatisme de l'efficacité au risque de reconstituer des « mini-asiles sociaux » fonctionnant en autarcie, ou bien faire le pari de la thérapie par l'insertion dans la cité d'un public de profils divers en recourant à un appui médical extérieur malgré les aléas du partenariat.

Opter pour la seconde branche de cette alternative implique de la part des secteurs une disponibilité accrue pour éviter que la propension des structures à la sélectivité, en raison du contexte actuel de leur saturation, ne s'effectue aux dépens des moins aisément réinsérables de par leurs troubles psychiatriques.

L'on est en droit de s'interroger ensuite sur les modalités de l'hébergement hôtelier qui ne semblent pas compatibles avec les pathologies psychiatriques lourdes. En effet, des propos font état de « lavabos arrachés » dans les chambres d'hôtel et de problèmes de cohabitation avec les autres résidents de l'hôtel. L'anonymat de ce type d'hébergement, présenté comme vecteur d'ancrage déstigmatisé dans la cité, n'est pas adapté à toutes les personnes, notamment celles dont les pathologies requièrent un étayage relationnel.

Enfin, il existe une catégorie de CHRS spécialisés dans l'accueil de sortants de prison ; les Services d'Accueil Rapide (SAR) qui offrent un hébergement pour une durée de trois mois. Or, cette durée est insuffisante au regard du temps minimal de six mois requis pour « se reconstruire et retrouver ses repères » selon un membre du Service Régional Administratif d'Insertion et d'Orientation des Sortants de Prison (SRAIOSP) qui s'est exprimé lors de la journée annuelle de rencontre entre les acteurs psychiatriques et sociaux. En outre, un travailleur social d'un SAR estime que le temps trop court de l'hébergement « parasite » l'ancrage dans les soins face au primat de la préoccupation vitale de pérenniser le toit.

➤ **Les secteurs ont-ils les moyens de leur politique de santé mentale ?**

Dans le cadre du questionnaire, les travailleurs sociaux soulèvent la difficulté d'avoir un accès rapide au CMP et l'impact déstructurant des épisodes d'hospitalisation qui induisent souvent une rupture de soins⁴⁸.

⁴⁸ Les difficultés d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers sont signalés comme la deuxième cause des hiatus du partenariat (questionnaire)

Ainsi, de fortes critiques sont émises à l'égard du système d'hospitalisation qui « répond essentiellement à l'urgence et en urgence » et ne « prend pas suffisamment en compte les malades en situation de précarité ».

En outre, les sorties d'hospitalisation de résidents de CHRS « parfois prématurées, voire précipitées », révèlent un défaut de coordination entre les acteurs risquant de dissuader les CHRS de pérenniser cet accompagnement.

L'accès aux soins ambulatoires dans certains secteurs est ardue avec de longs délais de rendez-vous et l'impossibilité de bénéficier de consultations en urgence. L'impact potentiellement dissuasif est particulièrement dévastateur sur ce public doublement fragilisé, comme il a été explicité précédemment.

Les pratiques « cadastrales » de certains secteurs sont également relevées ; l'un d'entre eux a cessé sa prise en charge au motif d'un changement d'adresse, malgré la règle quinquennale de continuité des soins. Inversement, d'autres secteurs refusent de considérer le CHRS comme lieu de domiciliation, contrairement à une note de travail de l'ARHIF du 23 avril 2002 posant cette règle au nom du principe d'égal accès aux soins de tous les habitants du secteur.

Certes, il existe un certain malaise identitaire chez les acteurs de la psychiatrie, lié à la crainte de voir leur discipline médicale disqualifiée au profit d'une « pacification sociale »⁴⁹, et leur secteur dilué dans un réseau ouvert à tous les partenaires extérieurs à la psyché. Mais, ce constat renvoie à la question fondamentale de la capacité des secteurs à répondre aux attentes de plus en plus diversifiées et nombreuses dans un contexte encore marqué par l'hospitalo-centrisme.

Ainsi, les hospitalisations constituent un véritable nœud gordien mettant au jour les difficultés structurelles affectant l'univers de la psychiatrie. En amont comme en aval, la carence de l'offre ambulatoire atteste du primat persistant du curatif sur l'approche de prévention et de réinsertion dans la cité.

En effet, l'insuffisance de l'offre ambulatoire en psychiatrie révèle que le secteur est toujours considéré comme une « excroissance » et non comme un prolongement de l'hôpital dans la cité, d'après le rapport de la Cour des Comptes en 2000.

Précisément, l'hôpital reste l'élément central du dispositif de psychiatrie publique malgré la réduction des lits d'hospitalisation complète. Le département parisien ne déroge pas à ce constat, au vu de son taux d'équipement établi par la DRASSIF⁵⁰ qui fait état de 2 166

⁴⁹ propos d'un infirmier psychiatrique concernant ses visites à domicile dans les foyers Sonacotra

⁵⁰ Bilan précité de la carte sanitaire de la psychiatrie en Ile de France, 1^{er} avril 2004

lits d'hospitalisation complète autorisés pour 2 772 lits et places autorisés. La différence entre ces deux chiffres aboutit à 606 places ou alternatives d'hospitalisation.

Il en résulte un ratio 73 % de lits en intra-hospitalier pour 27 % de places en extra-hospitalier qui ne correspond pas aux préconisations du plan gouvernemental de santé mentale de novembre 2001 : 40 % intra hospitalier / 60 % extra hospitalier.

En outre, sur le segment de l'urgence, l'équipement ambulatoire et les structures d'hospitalisation en milieu extra-hospitalier sont très réduits. Ainsi, les centres d'accueil et de crise ; petites structures extra hospitalières d'hospitalisation brève (72 heures), qui sont au nombre de six pour une capacité respective ne dépassant pas dix places, sont constamment saturés.

Cette carence s'avère éminemment préjudiciable pour les usagers qui, faute d'une réponse ambulatoire réactive à leurs décompensations psychiatriques, sont hospitalisés en urgence et abruptement. L'impact est traumatisant pour un public déjà fragilisé par sa désocialisation. Ces hospitalisations transitent par le CPOA qui joue un rôle de répartition des compétences soignantes entre les secteurs pour la population sans domicile stable.

Ainsi, des hospitalisations en intra sont en partie effectuées, non par nécessité thérapeutique d'un cadre « contenant », mais par défaut d'alternatives dans la cité.

En aval, le problème précité des sorties d'hospitalisation « prématurées » illustre un cercle vicieux ; les lits à temps plein, progressivement réduits, sont surchargés en raison du développement insuffisant des alternatives qui induit en retour un afflux important vers l'hôpital. En résulte une pression sur les lits d'hospitalisation complète entraînant la réduction des durées moyennes de séjour.

Le « syndrome du tourniquet » est alors enclenché, caractérisé par une série de réhospitalisations alternant avec des hébergements d'urgence vers lesquels près de la moitié des patients précarisés⁵¹ sont adressés via le dispositif du 115, faute de temps de préparation des sorties et de places en aval des hôpitaux. La brièveté du séjour dans ces structures d'urgence ainsi que l'absence d'étayage social rendent illusoire le maintien des soins face au primat de la préoccupation vitale de trouver un autre abri précaire la nuit, la semaine ou le mois suivant.

En conséquence, les malades mentaux désocialisés sont plus exposés que d'autres à l'enfermement dans un circuit de l'errance marqué par des hospitalisations à répétition.

Il s'agit là d'une spirale pernicieuse alimentée par les dysfonctionnements du partenariat, car les CHRS qui s'estiment peu soutenus par leurs partenaires médicaux ou peu associés lors du séjour hospitalier de leurs résidents, sont peu enclins à accueillir ou

⁵¹ Estimation communiquée par les équipes mobiles

reprandre des personnes sortant d'hospitalisation⁵². Inversement, face aux réticences des CHRS à faire office de structures d'aval de transition, les secteurs risquent de renoncer à s'investir dans la santé mentale des résidents dans un contexte marqué par une demande de soins explosive, accrue de 46 % de 1992 à 1997⁵³.

En définitive, les graves dysfonctionnements affectant le segment de l'hospitalisation en intra-hospitalier résultent tant de la carence de l'offre de soins alternative que des hiatus relationnels entre les acteurs, lesquels s'entretiennent mutuellement dans une synergie néfaste. Aussi, face à ces contraintes structurelles constituant un frein à la collaboration, l'incitation au travail en réseau ne peut être effective que si elle va de pair avec le traitement de ces véritables questions de fond.

Après avoir analysé les retombées partenariales du réseau ainsi que l'environnement sanitaire et social dans lequel il s'inscrit, il est opportun de s'interroger sur l'efficacité intrinsèque de cet outil en termes d'organisation et de fonctionnement.

2.2 – Le réseau psychiatrie-précarité : un outil de partenariat adapté aux enjeux ?

Le réseau n'est pas une fin en soi mais un instrument au service de la mise en lien des acteurs. Son architecture organisationnelle et son processus de fonctionnement seront étudiés au regard des objectifs communs visant à apporter une plus value eu égard aux actions individuelles.

2.2.1. – Une structure organisationnelle visant la cohésion interne des acteurs du réseau

Parmi les composantes nécessaires d'un réseau, identifiées par F. Grémy⁵⁴, trois intéressent notamment la structure ; une architecture de répartition des rôles ouverte sur l'extérieur, une coordination des acteurs de liaison et un dispositif d'évaluation reposant sur un système d'information.

Ces trois piliers seront successivement abordés et notamment mis en perspective par rapport à la charte fondatrice du réseau.

⁵² Résultats du questionnaire : le problème des hospitalisations est signalé comme deuxième cause de hiatus induisant une perception défavorable des acteurs sociaux envers la psychiatrie

⁵³ Etudes et Résultats, DREES, janvier 2004

⁵⁴ F. Grémy, « ingrédients d'un réseau de soins coordonnés », in. Rapport « Démocratie sanitaire », J.-L. Roelandt, avril 2002

➤ **Une architecture rééquilibrée mais insuffisamment diversifiée**

La diversité et l'équilibre des représentants des membres du réseau sont gages d'ancrage de ce mode de structuration des professionnels. Qu'en est-il pour le réseau parisien ?

Fin 2003, la DASS de Paris a impulsé un rééquilibrage des deux versants sanitaire et social du réseau, en nommant un second co-coordonateur issu du social et en étoffant le comité de pilotage (COFIL) avec l'adjonction de six représentants des structures d'hébergement social.

Ainsi, l'implication des acteurs sociaux « comme partenaires indispensables des secteurs psychiatriques » selon la charte est recherchée au travers de leur représentativité accrue à un double échelon de pilotage et de coordination.

Cependant, ni les professionnels libéraux ni les représentants du Conseil de Paris ne sont partenaires du réseau.

L'absence d'association des médecins libéraux, généralistes, psychiatres et psychologues ne laisse pas de surprendre au regard de la démographie de ces professions relativement importante sur Paris par rapport à la moyenne nationale⁵⁵. Ce défaut d'ouverture sur le partenariat interprofessionnel a pour effet d'amoindrir l'efficacité des actions en santé mentale avec une équipe de secteur surchargée et sans relais extérieurs.

En outre, l'absence de ces professionnels de santé libéraux prive le réseau de l'opportunité de bénéficier d'un appui financier sous la forme d'une fraction de la dotation nationale de développement des réseaux. La gestion de cette dotation est déléguée à l'échelon régional aux Directeurs de l'ARH et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) qui décident conjointement de l'octroi de financements aux réseaux. En pratique, le rôle actif de l'Union Régionale des Médecins Libéraux au sein de l'URCAM, réduit fortement les possibilités de financement sur ce type de crédits des réseaux dépourvus de représentants de leurs confrères.

Quant à l'inexistence d'un partenariat interinstitutionnel avec le Conseil de Paris, il est constaté un phénomène de doublon préjudiciable à l'optimisation des moyens.

Ainsi, un réseau parallèle s'esquisse depuis un an entre les coordinateurs du réseau et la mairie de Paris visant à répondre aux besoins de la population accueillie dans les structures relevant de la collectivité locale ; les centres communaux d'actions sociales, les structures de la Protection Maternelle Infantile, les Centres maternels, les personnes suivies par les Commissions Locales d'Insertion.

⁵⁵ Sur 6 000 psychiatres installés en libéral, 2 000 exercent à Paris

Il s'ensuit une déperdition des ressources faute d'organiser une mutualisation des prestations de soins au profit d'un public qui est semblable, qu'il se trouve dans les CHRS ou les Espaces Solidarité Insertion – par ailleurs gérés conjointement par la DASS et la DASES. Ce manque d'articulation entre les institutions déconcentrée et décentralisée a pour conséquence d'entraver l'intégration du réseau dans le tissu local.

Ensuite, la lecture de la charte révèle l'absence de représentants de l'Union Nationale des Amis et Familles des Malades Mentaux dans le COPIL. Or, les orientations récentes privilégient l'association des usagers dans les politiques de santé publique en vertu de l'exigence d'une « démocratie sanitaire ».⁵⁶

Enfin, le financement s'avère fragile car unique. Faute d'ouverture sur les partenaires extérieurs, le réseau est uniquement financé sur les crédits de l'ARH (postes infirmiers) et de l'Aide Sociale de l'Etat (postes assistants socio-éducatifs, ASE).

Certes, les postes d'ASE, auparavant financés de façon aléatoire par les subventions annuelles allouées dans le cadre du PRAPS, ont été consolidés en 2004. Ils sont désormais financés au titre des crédits consacrés à la lutte contre les exclusions, sur la ligne budgétaire plus viable 44.81 article 30 ; d'où une lisibilité et une sécurité de l'action accrue pour les titulaires. Mais, le partenariat en aurait permis un financement conjoint sous forme de crédits issus du Programme départemental d'insertion.

➤ **une coordination institutionnelle souple mais insuffisamment harmonisée**

Non seulement le réseau doit être ancré, mais il doit être également coordonné dans le respect des compétences de chacun.

La cohésion intrinsèque des membres du réseau implique une dialectique entre l'autonomie des animateurs du réseau que sont les équipes mobiles et l'harmonisation des pratiques de liaison sur le terrain.

Le co-coordonateur du champ psychiatrique est essentiellement confronté à cette délicate conciliation, tandis que le co-coordonateur social a surtout un rôle de sensibilisation et de mobilisation de la mosaïque des travailleurs sociaux oeuvrant dans les structures d'accueil, d'hébergement d'urgence et d'insertion.

Par-delà ces variantes, les deux co-coordonateurs ont pour visée commune d'insuffler une logique de travail d'équipe dans une démarche de collaboration souple et horizontale, dénuée de hiérarchisation des rôles, conformément à la notion même de réseau.

⁵⁶ Rapport « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité », 12 avril 2002, Dr J-L. Roelandt

Ainsi, une réunion mensuelle des équipes mobiles permet de resserrer leurs liens au travers de l'échange des pratiques cliniques et institutionnelles exercées auprès des résidents de structures sociales.

Ensuite, la circulation et la réactualisation d'un savoir partagé, donnée fondamentale pour l'enrichissement permanent du réseau, sont assurées au moyen de formations organisées sous la houlette des co-coordonateurs et financées sur les crédits du PRAPS.

Ces formations, communes ou croisées, visent tant la transversalité des pratiques ouvertes à la logique d'action des partenaires que la transférabilité du savoir-faire en matière de travail en réseau qui fait l'objet d'un véritable apprentissage.

La cohésion reposant également sur la connaissance mutuelle des acteurs, les co-coordonateurs organisent une journée annuelle de rencontre des professionnels des deux champs.

Toutefois, au travers de comptes rendus sur l'activité du réseau et de constats empiriques, il s'avère que ce sont surtout les acteurs sociaux qui participent à ces formations et à cette journée annuelle. L'impact interdisciplinaire de ces rencontres-échanges est alors amoindri.

En l'occurrence, cette faible mobilisation des acteurs des secteurs psychiatriques constitue un révélateur des difficultés d'entraînement au partenariat auxquelles sont confrontées les équipes mobiles.

Par ailleurs, la coordination institutionnelle n'est pas pleinement transposée sur le plan fonctionnel au vu des disparités des logiques d'action des équipes mobiles.

Tout d'abord, les dénominations de ces interfaces sont diverses et sources de complexité. Dans la charte, elles sont qualifiées d'« intersecteurs », alors que l'appellation reprise dans les comptes rendus est « équipes intersectorielles » pour éviter la confusion avec les intersecteurs de la psychiatrie infanto-juvénile.

Mais, ce terme générique est ensuite décliné différemment selon les équipes, révélant un attachement respectif à une certaine autonomie.

Cet attachement se prolonge dans les pratiques de liaison fort différentes les unes des autres. Certes, cette hétérogénéité s'explique dans une certaine mesure par le souci d'adapter les réponses aux besoins locaux qui diffèrent selon les territoires couverts par chacune des équipes. Ainsi, des paramètres géographiquement fluctuants, à l'instar des caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population (forte densité d'une population paupérisée dans le Nord Est parisien), du nombre de CHRS implantés et de leurs besoins (les CHRS pourvus d'un personnel médical sont moins demandeurs d'interventions).

Cependant, les rapports d'activité montrent que chaque équipe s'est spécialisée sur un segment de prestations comme suit ;

- l'équipe Sainte-Anne effectue des maraudes en sus des prestations usuelles,
- l'équipe Maison Blanche réalise essentiellement un travail d'évaluation et d'orientation téléphonique, et se renseigne notamment auprès du CPOA par cette voie pour avoir des renseignements sur les antécédents psychiatriques de l'usager,
- l'équipe Esquirol ainsi que l'équipe ASM 13 développent les groupes de parole ainsi que le suivi des résidents,
- l'équipe Perray-Vaucluse effectue un travail de soutien auprès des mineurs roumains isolés et se voit contrainte de se déplacer avec l'usager ou de l'adresser au CPOA dans le cadre d'une démarche de renseignements permettant de déterminer une future orientation vers le secteur compétent.

Il ressort de cette analyse que les équipes mobiles, qui ne sont pas très sollicitées par les CHRS (non demandeurs ou en bonne coopération avec les secteurs) et qui sont soutenues par leur établissement de rattachement dans leur action, sont plus à même d'être mobiles et d'œuvrer pour une trajectoire globale associant prévention et suivi en sus de l'aide à l'accès aux soins.

Ainsi, il résulte que les disparités fonctionnelles des équipes mobiles sont plus tributaires de la question des moyens d'agir au regard d'une demande fortement variable selon les territoires concernés.

Or, le principe d'égal accès aux soins requiert la conciliation de ces spécificités sur un socle commun aux équipes qui doit être respecté sur la totalité du département parisien.

Enfin, les disparités se retrouvent également en matière d'évaluation des résultats des actions de liaison conduites par les équipes mobiles.

Certes, les documents de recensement des données à l'instar de la fiche patient sont inadaptés en raison d'items imprécis ne permettant pas de retranscrire la réalité du travail de réseau accompli. Par exemple, le co-coordonateur sanitaire, actuellement chargé d'élaborer les indicateurs quantitatifs et qualitatifs avec l'aide des équipes mobiles, a entrepris de décliner l'item acte ambulatoire en une série de prestations ; entretiens, consultations avancées, groupes de parole, accompagnement physique, évaluation téléphonique.

Néanmoins, il est relevé que les rapports d'activité ne font pas l'objet d'une synthèse annuelle mais d'une compilation. C'est un révélateur de l'absence de consensus entre les équipes mobiles quant au choix des vocables, du sens à leur accorder et de l'usage qui

en est fait. Ainsi, le terme « intervention » recouvre une teneur différente selon les rapports, distinguant ou non les actes cliniques des actes institutionnels, faisant l'objet ou non d'une analyse comparative à n-1.

Enfin, l'absence de référentiels d'évaluation regroupant les critères et les indicateurs constitue un frein à l'amélioration du réseau.

Parallèlement à cette structuration interne qui s'avère perfectible, le réseau s'entend également comme processus de liaison mettant en jeu les équipes avec les acteurs de terrain.

2.2.2– Un processus de liaison visant la cohérence de l'articulation entre les équipes mobiles et les acteurs de terrain

Cet enjeu de cohérence repose sur la capacité d'agir des équipes au service de la complémentarité des professionnels sanitaires et sociaux de terrain.

➤ Une capacité d'agir tributaire d'effectifs pluridisciplinaires, suffisants et légitimes

D'après la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs et palliatifs, les équipes chargées de l'interface doivent être au moins constituées de trois professionnels de disciplines différentes ; médicale, paramédicale et sociale.

En l'occurrence, toutes les équipes mobiles comportent a minima un noyau dur constitué d'un(e) infirmier(e) psychiatrique et d'un assistant(e) socio-éducatif(ve).

Cependant, le personnel médical, représenté par un psychiatre praticien hospitalier, ou un médecin généraliste pour l'équipe Maison Blanche, n'exerce pas à plein temps le rôle de coordinateur de l'équipe qui lui est dévolu, exception faite du psychiatre responsable de l'équipe Sainte-Anne qui est en même temps co-coordonateur du réseau.

La faiblesse de ce temps médical, redéployé par l'hôpital de rattachement, semble entraver sa mission de courroie de transmission d'informations entre l'univers intra-hospitalier et l'équipe mobile. Ainsi, des entretiens ont révélé une grande frustration chez trois équipes, liée au sentiment d'un clivage entre « ceux du dedans » et « ceux du dehors » et de ne pas être soutenues dans leur travail en réseau.

En outre, ce sentiment de manque de reconnaissance et d'étayage par le centre hospitalier ne peut que s'aggraver, lorsque les moyens mis à disposition des équipes ne leur permettent pas de remplir pleinement leur fonction de chevilles ouvrières du réseau.

Tout d'abord, les moyens matériels font défaut à deux équipes qui sont dépourvues de téléphone portable, malgré leurs fréquents déplacements, et de connexion à internet. Notamment, l'absence d'une adresse informatisée personnelle à chaque équipe sur le

réseau hospitalier interne freine la transmission des informations et génère une déperdition d'efficacité.

Ensuite, il est relevé une uniformité des moyens mis à disposition des équipes qui ne tient pas compte de l'ampleur fortement hétérogène des besoins de soins auxquels elles sont confrontées.

Ainsi, l'équipe Maison Blanche a le même effectif que les équipes Perray-Vaucluse et Esquirol, alors que son ressort territorial de compétence recouvre la moitié de la capacité d'accueil des CHRS, soit 966 places, et que la population du Nord Est parisien est nettement plus précarisée que celle du centre et de l'ouest de la capitale. De même, l'équipe Sainte Anne est la plus étoffée avec quatre infirmières à temps plein, une assistante socio-éducative à temps plein et un psychologue 0,2 ETP, alors que les besoins concernent cinq CHRS (251 places) sis au sud de Paris et rive gauche.

En outre, la ventilation des effectifs d'interface devraient être modulés en fonction du degré d'implication des secteurs dans le partenariat et des attentes des travailleurs sociaux.

Ainsi, par exemple, l'équipe Esquirol, en charge de 8 CHRS (371 places) est confrontée à quatre secteurs (sur six) peu ouverts à la santé mentale. Ses besoins sont donc estimés supérieurs à ceux de l'équipe Perray-Vaucluse qui a sur son territoire trois CHRS (203 places), dont un seul, d'une capacité de 45 places, rencontre de graves difficultés de partenariat avec les secteurs.

Enfin, hormis les équipes Maison Blanche et Sainte Anne, les équipes ne bénéficient pas d'une autonomie institutionnelle ; ne constituent pas des services à part entière.

Les trois autres équipes constituent des « unités fonctionnelles » coordonnées par un médecin psychiatre qui est également chef de secteur. Il en résulte un problème de légitimité de ces équipes qui sont assimilées à des prolongements du secteur concerné, et dont les interventions visant à faciliter les contacts sont ressenties par les secteurs comme des « immixtions », selon les propos d'une équipe mobile.

Cependant, parallèlement à cette disparité des moyens d'action, les équipes se rejoignent dans une vision commune de leur rôle d'interface.

- **Une vision commune de leur sphère d'intervention et de leur temporalité qui soulève des questionnements**

La capacité d'organiser la complémentarité entre les professionnels de champs différents, socle de la cohérence des équipes mobiles avec les acteurs de terrain, s'inscrit dans une double dimension spatiale et temporelle.

En premier lieu, la délimitation de la sphère d'intervention des équipes doit éviter le double écueil d'un rôle en retrait des exigences de la mission d'interface et d'un débordement induisant une substitution de fait aux secteurs psychiatriques.

En matière de sorties d'hospitalisations, toutes les équipes ont affirmé lors des entretiens que la recherche d'une solution d'hébergement en aval, notamment dans les CHRS, ne relevait pas de leur compétence, même si elles étaient saisies en ce sens par les acteurs de psychiatrie.

Cette perception contraste avec le contenu de leurs missions stipulé dans l'article 2.1 de la charte du réseau comme suit : « au décours d'une hospitalisation ou d'une prise en charge ambulatoire, (les équipes mobiles) favorisent avec les équipes de secteur soignantes l'orientation du patient vers la structure d'hébergement ou un dispositif d'accueil et de soutien adaptés ».

En outre, cette perception univoque de leurs prestations d'interface rompt la logique de réciprocité d'intérêts caractérisant toute relation partenariale. En effet, les secteurs qui s'impliquent dans la collaboration avec les travailleurs sociaux escomptent en retour un assouplissement des critères d'accueil de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Il s'agit d'éviter les prolongements médicalement injustifiés de séjours psychiatriques de personnes capables de vivre dans la cité malgré leurs pathologies mentales dès lors qu'elles bénéficient d'un accompagnement social.

Il semblerait ainsi logique que les équipes mobiles se prévalent de leur rôle de facilitateurs dans l'accès aux soins de résidents hébergés dans les CHRS pour inciter ces structures à accompagner des personnes sortants d'hôpital psychiatriques. Il s'agirait ainsi d'un retour sur investissement dont les résultats fructueux inciteraient l'établissement de santé mentale à étoffer l'équipe mobile, enclenchant ainsi une spirale vertueuse.

Par ailleurs, les équipes se considèrent comme « palliatifs de dysfonctionnements » entre les secteurs et les CHRS. Mais, ce rôle comporte le danger de « faire à la place » des secteurs psychiatriques déjà réticents à l'égard du partenariat qui seraient tentés d'adopter une logique de défausse.

Ce risque peut être certes limité par des dispositifs formalisant les liens entre les acteurs de terrain qui prennent ainsi le relais des équipes mobiles. Ainsi, les onze conventions de

partenariat indiquées dans les réponses au questionnaire attestent une mobilisation des acteurs dès lors qu'il ne s'agit pas d'accords fictifs⁵⁷.

Mais, les référents devant être désignés par les équipes mobiles selon l'article 2.2 de la charte, sont loin d'être généralisés dans les secteurs, d'où un problème de relais notamment accru face à des secteurs ayant une vision « cadastrale » de leur mission. En outre, les entretiens révèlent que la marge de manœuvre des équipes mobiles est étroite face à des secteurs fonctionnant en autarcie. Soit, les équipes se substituent à ces secteurs pour adresser le résident de CHRS vers une consultation spécialisée dispensée par le secteur dont elles sont issues, soit elles l'orientent vers le CPOA qui contraindra le secteur compétent à sa prise en charge avec toutes les répercussions psychiques néfastes d'un tel parcours erratique pour l'utilisateur.

Quant à leur durée, l'ensemble des équipes mobiles s'inscrivent dans le provisoire, considérant que leur succès lié à l'enracinement du partenariat signera leur acte de décès.

Or, l'on peut s'interroger sur le bien-fondé de cette vision temporelle basée sur le temps éphémère de leur travail d'interface, face à un double constat d'ordre structurel qui peut être établi suite aux investigations de terrain.

Tout d'abord, la rotation élevée des travailleurs sociaux implique une reconstruction permanente des liens, d'autant plus vitale que le réseau, formalisé ou non, est avant tout basé sur une dimension interpersonnelle. Il est donc nécessaire de maintenir un socle d'acteurs de liaison qui effectueront les premières approches visant à informer, sensibiliser et à mettre en lien les acteurs sociaux avec leurs partenaires psychiatriques.

Ensuite, malgré les incitations du Dr Eric Piel⁵⁸ en ce sens, la mobilité ne peut s'exercer partout. En effet, la conjonction de moyens hospitalo-centrés et d'une demande croissante de soins psychiatriques émanant de publics très divers empêche le CMP, pivot du dispositif ambulatoire, d'exercer une psychiatrie de liaison ramifiée dans la cité.

Aussi, il serait judicieux de prioriser les incursions de cette structure au profit de personnes ne pouvant se déplacer à l'instar des personnes sénescentes ou incarcérées. En parallèle, le travail de liaison rempli par les équipes mobiles permettrait à l'équipe de secteur de se recentrer sur sa mission de soins, tout en améliorant ses actions de santé mentale sur certains publics privés de leur liberté de mouvement.

Au demeurant, la pérennisation du réseau, « ce provisoire qui dure », n'a de sens que si cet outil est réaménagé afin d'optimiser l'efficacité des équipes mobiles dans leur action.

⁵⁷ La portée de ces conventions fictives est précédemment abordée dans la partie 2.1.1

⁵⁸ « les équipes de secteur doivent impérativement se déplacer (...) dans toutes les structures sociales qui sont en première ligne », Rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale », juillet 2001

3 – RECOMMANDATIONS POUR UNE REDYNAMISATION DU RESEAU « PSYCHIATRIE-PRECARITE »

Le partenariat entre les acteurs sociaux et psychiatriques est assurément indispensable pour une réponse cohérente à des besoins interdépendants de soins et d'hébergement.

Inscrire ce partenariat dans le cadre du réseau s'avère tout aussi primordial, d'autant qu'il peut constituer un levier de promotion de la prévention et de la composition de l'offre sanitaire et sociale, conformément aux orientations actuelles vers une véritable politique de santé publique territorialisée.

Aussi, la redynamisation du réseau s'effectuera sous l'égide du comité de pilotage de la DASS de Paris.

La correction des dysfonctionnements précédemment identifiés requiert une intervention sur les composantes de cette dynamique essentiellement triangulaire ; les équipes mobiles, les secteurs psychiatriques et les CHRS.

Dans l'optique d'une meilleure médiation entre les acteurs sanitaires et sociaux, il est utile de pérenniser les véritables traits d'union que sont les équipes mobiles tout en les dotant de moyens à la hauteur de leur rôle qui doit être redéfini.

En outre, les acteurs de terrain doivent être soutenus par une planification de l'offre axée sur le développement de filières de soins et d'hébergement diversifiées, graduées et coordonnées pour être adaptées aux besoins des usagers.

3.1 – Pérennisation et renforcement des équipes mobiles ; socles d'un travail de liaison axé sur la prévention de proximité

La pérennisation des équipes mobiles n'a de sens que si elles sont véritablement intersectorielles et structurées pour effectuer un travail de liaison intrinsèquement cohérent.

3.1.1– La pérennisation des équipes mobiles requiert une véritable intersectorialité

Il s'agit de prendre acte de la reconfiguration territoriale et de la demande croissante de soins spécialisés pour conjuguer proximité et mutualisation des moyens dans une démarche de prévention accessible à tous les malades mentaux précarisés.

➤ **Les équipes mobiles en appui d'une organisation fédérative de secteurs**

L'intersectorialité apparaît comme le vecteur indispensable pour réaliser une double jonction entre le territoire et le secteur ainsi qu'entre le curatif et le préventif.

Suivant l'ordonnance du 6 septembre 2003 et de la circulaire du 5 mars 2004, le territoire parisien est en cours de redécoupage dans le cadre de la préparation du SROS III, avec l'établissement de trois territoires Nord, Est et Ouest calqués sur les groupements hospitalo-universitaires de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Les nouveaux territoires regroupent les arrondissements comme suit :

- Nord : 8, 9, 10, 17, 18, 19, soit 4 secteurs rattachés à Perray-Vaucluse et 7 secteurs rattachés à Maison Blanche,
- Est : 11, 12, 13, 20, soit 4 secteurs (Esquirol), 1 secteur (ASM 13) et 3 secteurs (Maison Blanche),
- Ouest : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, soit 2 secteurs (Esquirol), 1 secteur (Perray-Vaucluse) et 7 secteurs (Sainte-Anne).

Se dessine au travers de cette nouvelle donne territoriale une organisation fédérative des secteurs qui s'effectuera en deux temps, d'abord entre les secteurs du centre hospitalier de rattachement, puis entre les établissements de santé au sein de chacun des trois territoires.

Ce double tropisme de mutualisation de moyens et de globalisation de l'offre peut être accompagné au travers des équipes mobiles dont l'intersectorialité optimiserait les efforts individuels de chaque secteur en matière de prévention à l'égard des résidents de CHRS.

En outre, cette intersectorialité est d'autant plus indispensable que le CMP, pivot du secteur, ne peut répondre tout seul à l'essor des demandes de soins⁵⁹ ni se livrer à une mobilité centrifuge extrêmement consommatrice de temps médical. Il en résulte la carence précitée de la psychiatrie de liaison en direction de publics dits « immobiles » ; les personnes détenues, les personnes âgées, les personnes handicapées motrices, mentales, psychiques qui ne peuvent se déplacer et qui n'accèdent pas aux soins.

Une répartition des rôles doit être clairement définie entre le CMP et les équipes mobiles afin de concilier le principe de réalité avec celui de l'équité.

⁵⁹ extrême diversité des demandes : victimes d'attentats, de catastrophes naturelles ou industrielles, souffrant de tendances suicidaires, d'addictions, de troubles alimentaires, d'abus sexuels, de harcèlements moraux.

Ainsi, les équipes mobiles « amènent vers » les dispositifs de soins de droit commun les résidents dans le cadre d'un travail de liaison, et le CMP pourrait ainsi intensifier ses efforts de psychiatrie de liaison en faveur des publics « immobiles ».

Il faut souligner que la stratégie d'ancrer ces équipes dans une temporalité longue vise à répondre à l'ampleur de l'enjeu de la prévention dans la politique de santé française longtemps marquée par le primat du curatif.

En effet, la prévention est fondamentale de par sa double visée d'amélioration de la santé et d'optimisation des moyens consacrés à la santé. En effet, la détection précoce ainsi que le diagnostic idoine permettent d'éviter la chronicisation des troubles avec un accès en temps utile aux soins. De même, l'adressage à bon escient de personnes dont les troubles requièrent des soins spécialisés évite de surcharger le secteur déjà sollicité massivement, au vu des statistiques faisant état de 80 % de la file active suivie en ambulatoire.

L'intersectorialité, condition de la pérennisation de ces équipes, doit être effective.

➤ **Nécessaire effectivité du caractère intersectoriel des équipes mobiles**

Il s'agit de corriger le phénomène de substitution des équipes mobiles à certaines équipes de secteur peu sensibilisées au partenariat et qui se défaussent sur le travail de liaison.

Les équipes mobiles, en outre, ne doivent pas se considérer comme palliatifs des hiatus partenariaux, mais comme acteurs complémentaires ayant un rôle déclencheur de soins et de suivi.

Afin d'inciter toutes les équipes de secteur à prendre le relais en matière de prestations de soins, il serait judicieux de formaliser les liens entre chaque équipe mobile et les secteurs au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Cet outil, récemment revalorisé par l'ordonnance du 6 septembre 2003, constituerait ainsi un levier de solidarité entre les secteurs d'un même établissement de santé, anticipant leur future organisation fédérative.

Une charte devrait préciser les droits et devoirs des membres de chaque G.C.S. en matière d'articulation des rôles d'alerte des équipes mobiles et de relais assuré par les équipes de secteur.

Surtout, l'engagement de la contribution de chaque secteur aux effectifs de l'équipe mobile doit y être formalisée. Ainsi, en sus du binôme actuel constituant a minima l'ensemble des équipes mobiles, chaque secteur pourrait adjoindre un temps médical ou/et social modulé au prorata de ses effectifs et du volume de l'hébergement social. En sont exonérés les secteurs dont sont issus les membres des équipes mobiles.

Il s'agit de tenir compte de la répartition inégale des effectifs entre les secteurs et de la concentration géographique des CHRS sur le nord-est parisien et le 13^{ème} arrondissement.

Il est nécessaire, par ailleurs, d'affiner la connaissance de la demande émanant des CHRS en poursuivant l'évaluation amorcée dans le cadre du questionnaire précité. La logique est de recenser un nombre moyen de personnes hébergées souffrant de troubles mentaux et d'identifier les CHRS pratiquant une politique d'accueil ou disposés à la pratiquer en direction de ce public.

Ainsi, le ratio effectif des secteurs/volume de l'hébergement sensibilisé à la problématique mentale pourra faire ensuite l'objet d'une négociation au sein d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) entre la DASS de Paris et chacun des cinq centres hospitaliers.

Enfin, la dimension intersectorielle doit reposer sur une légitimité incontestable, d'où l'impératif de donner une entière autonomie institutionnelle aux équipes mobiles, à l'instar de celles de Maison Blanche et de Sainte-Anne. Ainsi, le coordinateur de l'équipe mobile aura la fonction de chef de service pour être pleinement indépendant à l'égard des services intra-hospitaliers. Cette fonction devra être reconnue par la direction et la Commission Médicale d'Etablissement de l'hôpital concerné.

Des moyens mutualisés sont certes nécessaires mais doivent être également employés de façon cohérente au service du rôle de passerelle des équipes intersectorielles.

3.1.2– Renforcement des équipes mobiles : rôle de liaison élargi et fonctionnement structuré

Pour être pleinement efficaces, les équipes mobiles doivent s'investir dans la recherche d'un hébergement pour les personnes sortant d'hospitalisation, autres que les patients dits de long cours, afin de concrétiser le régime de réciprocité du partenariat.

L'efficience requiert une plus grande rigueur dans le fonctionnement qui doit être étayé par une évaluation des résultats des actions conduites.

➤ Rôle de liaison élargi à la recherche d'une place en CHRS pour les sortants d'hospitalisation autres que les patients de long cours

Il est précisé qu'il s'agit d'un public souvent hospitalisé sous contrainte et en urgence pour bénéficier de soins aigus dont la durée moyenne de séjour est de quinze jours à un mois. Il n'est donc pas question ici de traiter le problème des patients de long cours,

hospitalisés depuis plus d'un an, et qui relèvent essentiellement des structures médico-sociales auxquelles les CHRS ne sont pas censés se substituer.

Le refus des équipes mobiles de s'investir sur ce segment de la prise en charge, contraire à la charte du réseau,, a pour effet d'alimenter le circuit de l'errance assorti de réhospitalisations à répétition.

Cette rupture de la continuité des soins est structurellement liée à la rupture du régime de réciprocité caractérisant tout lien entre deux partenaires recherchant la satisfaction de leurs intérêts propres au travers d'une synergie des prestations mutuelles.

Aussi, les équipes mobiles doivent être informées, dès son admission en intra-hospitalier, de la présence d'une personne sans domicile fixe pour prospecter une place en aval et préparer la sortie de concert avec l'équipe de secteur et la structure sociale.

Le gradient répertoriant les patients en neuf catégories selon leur degré d'autonomisation pourra être utilisé pour une orientation adéquate en veillant à garantir la compatibilité entre la pathologie de l'impétrant avec les exigences de cohabitation au sein d'une structure collective de transition.

En la matière, les équipes pourront favoriser la passation de conventions entre le CHRS et le secteur prévoyant des protocoles de suivi thérapeutique et de réhospitalisations en tant que de besoin au patient-résident. A condition d'être suivies d'effets, ces conventions peuvent constituer le point de départ d'une spirale vertueuse enchaînant une double facilitation des sorties d'hospitalisation pour les patients et de l'accès aux soins pour les résidents.

Par ailleurs, l'efficacité de cette articulation avec les acteurs de terrain doit être étayée par un fonctionnement intrinsèque efficient.

➤ **Un fonctionnement à structurer davantage pour un gain d'efficience**

Il a été relevé une grande disparité de pratiques des équipes, hormis la prestation communément remplie de l'évaluation téléphonique visant à renseigner sur les dispositifs de soins, à conseiller ou à répondre à une demande d'intervention.

Aussi, la cohérence collective requiert un encadrement de l'autonomie individuelle qui doit être formalisé.

La charte doit donc préciser les objectifs, la nature ainsi que les modalités des engagements des équipes mobiles envers les résidents de CHRS souffrant de troubles mentaux.

En premier lieu, un cadrage des publics et des structures cibles est nécessaire pour éviter la dispersion et préserver la mobilité réactive qui fait la force de ces équipes.

A ce titre, l'on peut s'interroger sur le bien-fondé de maraudes effectuées par une équipe alors que cette prestation est spécifiquement assurée par un réseau départemental « souffrances et précarité » rattaché à l'établissement Esquirol. De même, est-il opportun qu'une équipe s'occupe de mineurs étrangers alors que c'est le public adulte qui est visé (15 000 personnes dans les structures sociales) ?

Comme l'indique un expert en matière de réseaux, F. Grémy, les objectifs doivent être précis pour être réalisables.

En outre, il est important d'établir un socle de prestations communes tout en laissant une certaine souplesse aux équipes pour éviter de réduire cette homogénéisation à une uniformisation des actions qui méconnaîtrait de façon absurde les réalités locales.

Un principe doit être toutefois impérativement suivi en matière d'orientation : le recours à la base de données du CPOA pour reconstituer le parcours psychiatrique antérieur du résident doit se faire par voie téléphonique. L'adressage des usagers à ce centre est à proscrire en raison de la longue attente (plus de deux heures) et du syndrome de « ballottage » des personnes qui sont ensuite ré-orientées vers le secteur compétent.

Par ailleurs, une action d'évaluation est indispensable pour identifier les dysfonctionnements, en saisir les déterminants et y apporter des correctifs pour améliorer ainsi le réseau.

Conformément aux préconisations de l'ANAES, les indicateurs d'évaluation auraient dû être fixés concomitamment à la mise en place du réseau parisien fin 1999, afin de mesurer la progressivité des avancées et de rajuster les actions au cas où elles présenteraient des divergences par rapport aux objectifs initiaux.

Aussi, après plus de quatre années de fonctionnement, est amorcée l'élaboration d'indicateurs opérationnels ; mesurables et précis, destinés à apprécier le degré de mise en œuvre des axes institutionnel et clinique du réseau.

Cette activité incombe aux deux co-coordonateurs, tandis que le COPIL validera ces indicateurs et suivra le processus de mise en place des référentiels d'évaluation.

Ce renforcement pérenne des équipes d'interface, intrinsèquement fondé, n'a néanmoins de sens que s'il va de pair avec un soutien appuyé aux acteurs de terrain que ces équipes sont chargées de mettre en lien.

3.2 – Soutien des acteurs psychiatriques et sociaux pour optimiser la prise en charge des besoins des malades mentaux

Il s'agit d'appliquer les priorités nationales et régionales pour conduire une politique de régulation d'une offre de soins et d'hébergement sous forme de filières corrélées par le réseau parisien psychiatrie-précarité.

La notion de filière est ici entendue au sens d'une coordination intrinsèque de chacun des deux versants sanitaire et social de la prise en charge.

Cette articulation est indispensable en raison de la grande diversité des structures, liée au souci d'adaptation aux besoins des résidents de CHRS, évolutifs dans le temps et différents selon le degré de fragilisation sociale et psychique.

Aussi, le soutien vise à renforcer les moyens structurels et la coopération dans les pratiques professionnelles des acteurs sanitaires et sociaux qui seront respectivement abordés au regard de leurs contraintes différentes.

3.2.1 – Optimiser la réponse psychiatrique aux résidents-patients : développer l'offre ambulatoire et recomposer les structures d'hospitalisation complète

Il s'agit en l'occurrence de résoudre le problème gordien des hospitalisations, identifié comme vecteur et résultante d'un cercle vicieux marqué par l'enlisement des personnes dans l'errance émaillée de rechutes.

Dans cette optique, il faut réduire les hospitalisations qui sont évitables en améliorant l'accès aux soins ambulatoires, et améliorer les conditions de séjour hospitalier en les déstigmatisant.

➤ Faciliter l'accès aux soins ambulatoires

Les hospitalisations à temps complet doivent être limitées aux besoins de soins intensifs 24 heures sur 24 en raison de leur impact déstructurant sur les patients qui sont de surcroît déjà fragilisés socialement.

En conséquence, il est nécessaire de mieux prévenir ces hospitalisations en évitant la dégradation des troubles et en apportant une réponse réactive aux crises psychiatriques, d'où un double degré ambulatoire pour les soins programmés et dispensés en urgence.

En premier lieu, il a été constaté que les résidents de CHRS se heurtent parfois à des délais trop longs de consultation au CMP⁶⁰, les exposant au risque d'une évolution péjorative de leurs troubles.

En sus des pratiques dilatoires de certains secteurs, d'autres sont dans l'incapacité d'être réactifs en raison de la saturation de leur file active sous l'impact conjugué d'une demande de soins massifiée et d'une insuffisance d'effectifs. Cette disparité de capacités est aggravée par la répartition fortement inégale des CHRS sur les secteurs.

Aussi, une organisation fédérative des secteurs rattachés à un même établissement de santé prouverait à nouveau son utilité, en permettant de mutualiser les disponibilités de chacun pour une prise en charge ambulatoire idoine. Dans ce cadre, une équipe mobile, de par sa légitimité appuyée sur une véritable intersectorialité, pourrait ainsi s'investir sur les orientations de prise en charge.

A l'avenir, ce mouvement pourrait être parachevé au sein des trois territoires de santé parisiens qui regroupent des secteurs issus d'hôpitaux différents pour une mutualisation inter-établissements.

Quant à l'urgence des réponses, le nombre infime de déplacements des professionnels psychiatriques sur les lieux d'hébergement⁶¹ ainsi que la carence de structures ambulatoires accessibles en permanence constituent un obstacle à la réactivité des soins. En l'occurrence, la politique de régulation de l'offre ne doit pas faire l'économie du principe de réalité suivant lequel les secteurs ne peuvent se déplacer partout et que les ressources affectées à la santé ne sont pas illimitées.

Aussi, les équipes mobiles apportent un appui utile aux secteurs en se rendant sur les lieux pour évaluer le degré de l'urgence et orienter subséquemment vers les structures ambulatoires ou d'hospitalisation.

Ensuite, les Centres d'Accueil Permanent ; structures extra hospitalières accessibles en permanence, doivent être développées sur le département parisien et constituer des annexes aux CMP, afin de renforcer leur vocation originelle de pivot de recours aux soins. Ce déploiement de structures, ouvertes à tous les publics pour éviter la stigmatisation des « filières pour exclus », devrait représenter une charge limitée en termes d'effectifs supplémentaires grâce au travail de filtrage effectué en amont par les équipes mobiles.

⁶⁰ Plusieurs CHRS font état de délais supérieurs à un mois

⁶¹ la faible mobilité relève essentiellement d'une impossibilité structurelle, car même les secteurs les plus ouverts au partenariat se déplacent tout au plus deux fois dans l'année malgré les demandes des travailleurs sociaux en ce sens (résultats du questionnaire)

Cet investissement permettrait de réduire les adressages médicalement injustifiés aux urgences hospitalières qui s'élèvent à hauteur de 20 %⁶², et d'épargner en conséquence aux malades mentaux l'impact perturbant de cette orientation d'autant plus prégnant lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation sous contrainte⁶³.

Cependant, dans certains cas, l'hospitalisation dans un cadre « contenant » les débordements de la psyché, est nécessaire. Mais, ses modalités doivent être revues pour réduire la césure que ce mode de prise en charge introduit avec l'environnement de l'utilisateur.

➤ **Améliorer les structures d'hospitalisation à temps complet pour déstigmatiser les maladies mentales et les personnes qui en souffrent**

L'hospitalisation à temps complet est également graduée pour adapter les soins intensifs à la durée des crises psychiatriques.

D'abord, les Centres d'Accueil et de Crise, qui constituent des dispositifs d'hospitalisation de brève durée et de petite dimension, doivent être certes renforcés pour mieux répondre aux épisodes aigus à l'instar de tentatives de suicide, de crises d'angoisse.

En outre, s'agissant de structures d'hospitalisation requérant un investissement foncier, technique et humain relativement important et dont le coût est nettement plus élevé que les dispositifs ambulatoires, leur intersectorialité est nécessaire.

Mais, se pose la question de leur implantation : dans la cité ou à l'hôpital général ?

Des psychiatres parisiens, membres de la SOMEPSY⁶⁴, préconisent l'implantation de ces CAC intersectoriels dans les hôpitaux généraux car ils craignent les afflux de malades en provenance des urgences hospitalières qui se défausseraient ainsi sur ces structures d'hospitalisation.

Cependant, ces craintes peuvent être apaisées au moyen du renforcement de la psychiatrie de liaison déjà importante entre les secteurs parisiens et les hôpitaux généraux qui permettrait de réguler les orientations à partir des Services d'Accueil des Urgences.

⁶² Livre Blanc de la psychiatrie de secteur à Paris, décembre 2001,,,,,,,,,,,,,

⁶³ Paris détient le record des augmentations de l'hospitalisation sous contrainte, dont une grande part de personnes concernées sont en situation d'exclusion sociale, tant il s'avère selon J-P. Escafre que « l'hospitalisation est inversement proportionnelles à l'isolement social à hauteur de 40 % ».

⁶⁴ Livre Blanc de la psychiatrie de secteur à Paris précité, Société médicale des psychiatres

De même, l'engagement des équipes mobiles, tant en amont – évaluation et orientation vers les CAP – qu'en aval, en facilitant les sorties d'hospitalisation en direction de l'hébergement à réintégrer ou à trouver, permet de limiter l'embolie.

Par ailleurs, il serait opportun de parachever l'immersion de la psychiatrie dans la cité au travers de ces structures d'hospitalisation complète disséminées en dehors des murs de l'hôpital, qu'il soit spécialisé ou non dans les troubles mentaux.

En effet, la dimension à taille humaine ainsi que le caractère généraliste de l'accueil autorisent une personnalisation de la prise en charge exempte de connotation stigmatisante.

En outre, le développement de ce maillon carenciel de la chaîne de soins optimiserait la trajectoire de prise en charge, articulée en amont avec les CAP⁶⁵, et en aval avec d'autres structures ambulatoires tels les Foyers Post Cure. Le nombre de ces structures serait défini à l'échelon de chacun des trois territoires sur la base d'une évaluation épidémiologique, démographique et socio-économique des besoins potentiels.

D'autre part, les hospitalisations de longue durée, supérieures à une semaine, font actuellement l'objet d'un débat portant sur leur localisation ; maintien dans les établissements publics de santé mentale ou transfert des lits à l'hôpital général ?

Ainsi, M. Piel et M. Roelandt recommandent dans leur rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale », juillet 2001, un plan décennal de fermeture des hôpitaux psychiatriques pour assurer la globalité d'une prise en charge à l'hôpital général de besoins somatiques et psychiques souvent connexes (addictions, grand âge...).

Ce rapprochement de disciplines pour une approche globale du malade s'avère prégnant avec l'unification récente de la planification sanitaire qui englobe désormais le volet psychiatrique⁶⁶.

Actuellement, deux établissements parisiens ; Maison Blanche et Perray-Vaucluse, respectivement implantés à Neuilly sur Seine (Hauts de Seine) et à Epinay sur Orge (Essonne) connaissent une phase de délocalisation d'une partie de leurs lits sur Paris intra-muros.

Cette politique de proximité vise à rapprocher les lieux d'hospitalisation de la zone de desserte tout en mutualisant partiellement les locaux avec les hôpitaux généraux dont les annexes accueillent un certain nombre de lits délocalisés.

⁶⁵ Centres d'Accueil Permanent

⁶⁶ Ordonnance précitée du 4 septembre 2003

Parachever ce mouvement en fermant les hôpitaux psychiatriques génère certes des gains non négligeables ; économies de logistique avec la mise en commun d'équipements matériels lourds, partage de locaux sur un espace connu pour sa cherté au mètre carré, enrichissement mutuel des disciplines croisant leurs savoirs et déstigmatisation de la psychiatrie.

Toutefois, force est de constater que parmi les cinq établissements de santé mentale parisiens, certains ont su devenir de véritables pôles de compétences pluridisciplinaires. Ainsi, le Centre hospitalier de Sainte Anne comprend un service hospitalo-universitaire de recherche et d'enseignement sur les maladies mentales, une neurologie de pointe et des services de psychiatrie. Or, cette alliance est fondamentale tant sont prégnantes l'imbrication des dimensions psychique et organique des troubles mentaux et l'évolutivité des connaissances en la matière (autisme, maladies neuro-dégénératives).

Par ailleurs, la diversification de ses activités (partie Médecine Chirurgie Obstétrique), son implantation dans le 14^{ème} arrondissement de Paris ainsi que son architecture ouverte à la traversée des allées par les piétons, atténuent le « sceau de la malédiction »⁶⁷ inhérent à ces anciens asiles.

Aussi, la prudence semble être de mise et nécessite une étude individualisée de la situation de chacun des établissements précités pour éviter d'appauvrir l'offre par des mesures radicales.

Le renforcement des structures de soins psychiatriques dans la ville et le partenariat dans des structures intersectorielles pourraient viser la réduction du périmètre hospitalier dont les économies subséquentes seront affectées à l'ambulatoire.

Cette politique volontariste permettrait d'inverser la synergie néfaste entre une offre ambulatoire insuffisante et une capacité hospitalière réduite qui est d'autant plus aisément embolisée que font défaut les alternatives en amont et en aval de l'hospitalisation.

Il en résulte une forte mobilisation de fonds par les lits à temps plein, dont le coût unitaire est de près de 25 % plus onéreux que les places, empêchant ainsi le financement de l'extra-hospitalier qui est freiné en conséquence.

Dans cette optique, il serait judicieux de réserver une partie de l'enveloppe régionale des crédits de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation au financement des alternatives et d'en décliner les modalités de mise en œuvre dans les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements de santé mentale.

⁶⁷ Dr Piel et Dr Roelandt, rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale », juillet 2001

Enfin, le soutien des professionnels de la psychiatrie doit se conjuguer avec un étayage des travailleurs sociaux des CHRS, afin de garantir la qualité de l'accompagnement psychosocial.

3.2.2 – Optimiser la réponse sociale aux résidents-patients : adapter les structures d'hébergement aux besoins des malades mentaux et soutenir la politique d'ouverture des CHRS en direction de ce public

Il s'agit d'une part de s'assurer que la prise en charge proposée par les différents types de CHRS est adaptée, en termes de durée et de modalités, aux besoins des usagers souffrant de troubles psychiatriques, et d'autre part, d'inciter ces structures à s'engager plus avant dans cet accompagnement social.

➤ Garantir une temporalité suffisante et un hébergement adapté aux besoins

Se pose ici la problématique suivante : le souci d'impliquer l'ensemble des structures dans l'accompagnement de ce public, qui ne relève pas uniquement d'une minorité de CHRS spécialisés, ne doit pas s'effectuer aux dépens de la qualité de la prise en charge qui doit être idoine.

Plutôt que d'opérer une dichotomie péremptoire entre les CHRS spécialisés et les CHRS dits généralistes au regard de leurs avantages et méfaits respectifs, il serait judicieux d'organiser leur coexistence tout en limitant leurs faiblesses afférentes. Ainsi, l'accessibilité de principe à la diversité des structures du parc d'hébergement d'insertion s'effectuerait en fonction de la nature et du degré du trouble mental dont souffre l'impétrant.

Tout d'abord, les deux CHRS parisiens spécialisés dans l'accueil exclusif de personnes souffrant de pathologies mentales sévères, répondent à un besoin de prise en charge que ne pourraient assumer les autres structures.

En effet, la charge de travail, sous-jacente du nombre élevé d'hospitalisations, de 24 % et de 35 % (questionnaire), grèverait le fonctionnement des CHRS généralistes qui sont rarement médicalisés.

Néanmoins, le caractère « ghettoisé » de ce type de structure conduit à renforcer les garde-fous contre le risque d'une dérive autarcique et de reconstitution de « mini-asiles sociaux ».

Aussi, une vigilance particulière doit s'exercer sur les actions partenariales auxquelles se sont engagées ces structures avec les autres acteurs de la cité pour assurer la réinsertion sociale de ce public.

Quant aux CHRS généralistes, il a été relevé que la durée ou les modalités d'hébergement ne sont pas toujours adéquats, induisant chez les individus en souffrance un sentiment d'être ballottés au lieu de circuler librement entre des structures de prise en charge diversifiées.

Notamment, les Services d'accueil rapide ont une dimension d'hébergement transitoire qui peut s'avérer inadaptée à certains sortants de détention, dont l'ampleur des pathologies requiert une durée de restauration psychique supérieure aux trois mois d'accompagnement prévus. Est également en question l'hébergement hôtelier dont la solitude ne peut pas toujours être assumée par des personnes dont les troubles mentaux sont avant tout des « pathologies du lien ».

Il est donc primordial d'effectuer avant toute admission une évaluation de la nature et de l'ampleur de la pathologie mentale et de les mettre en perspective au regard du degré d'exigence d'autonomie lié à la structure d'hébergement.

A cet effet, un gradient d'autonomisation, en cours d'élaboration dans le cadre d'une enquête sur les patients dits au long cours, permettra d'établir une graduation affinée des troubles et de leur portée invalidante. Cet outil devrait être utilisé par un membre de l'équipe mobile, qui assisterait l'équipe socio-éducative lors de l'entretien d'admission, pour une orientation idoine réduisant les risques ultérieurs de crise.

Par ailleurs, la prévalence de troubles mentaux dans la population carcérale devrait être prise en compte pour porter à six mois la durée de l'hébergement dans les SAR. Est en jeu un équilibre entre la durée minimale des « retrouvailles avec soi » et la conservation de la dimension transitoire nécessaire pour éviter l'enfermement dans une structure spécifique.

Enfin, les équipes mobiles auront un important travail de liaison et de soutien envers ce type de structures dont la faiblesse du lien partenarial avec les secteurs a été relevée dans le questionnaire.

Parallèlement à cette adaptation structurelle, l'implication de l'ensemble des CHRS doit être recherchée pour assurer la diversité des prises en charge, et soutenue car ce public mobilise davantage de temps et d'effectifs.

➤ **Inciter les CHRS à élargir et pérenniser leur politique d'accompagnement en direction de personnes souffrant de troubles mentaux**

Malgré la priorisation de la problématique de la santé mentale dans le cadre du SAHIP 2000-2005⁶⁸, un certain nombre de CHRS considèrent que l'accompagnement de personnes en souffrance psychiatrique ne fait pas partie de leur mission.

D'où un refus sous-jacent battant en brèche le principe de l'accueil inconditionnel⁶⁹ posé par l'article L.313-8-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Aussi, la politique d'incitation devra comporter un socle conventionnel de sensibilisation à l'accompagnement de ces personnes en souffrance qui constitue une mission de service public. A l'appui de ce socle commun, un dispositif facultatif de « places dédiées » sera proposé dans des contrats d'objectifs et de moyens aux CHRS désireux de s'engager activement dans cette prise en charge.

En outre, l'on doit remédier à l'importante carence de places en aval des hébergements d'insertion pour les malades mentaux afin de réduire la saturation des CHRS et les inciter à s'ouvrir en direction de ce public.

En premier lieu, le repérage des troubles, effectué par un membre de l'équipe mobile lors de l'entretien d'admission, permettra aux travailleurs sociaux de se préparer à l'accompagnement et de ne pas se sentir « bernés »⁷⁰ par des troubles masqués et non signalés par la structure d'orientation.

Ensuite, l'accompagnement en cours d'hébergement fera l'objet en tant que de besoin d'un étayage institutionnel et individuel effectué par les équipes mobiles. Mais, dans le souci d'éviter la dérive du rôle de relais des équipes mobiles vers un rôle de substitut, l'autonomie des travailleurs sociaux doit être optimisée au moyen d'une incitation au partenariat avec les secteurs psychiatriques et d'un personnel sensibilisé au travail pré-thérapeutique d'évaluation⁷¹.

En conséquence, les conventions triennales d'habilitation à l'aide sociale de l'Etat, passées entre la DASS de Paris et les CHRS, devraient stipuler des recommandations et des engagements portant spécifiquement sur l'accompagnement de ce public.

Une recommandation pourrait inciter la direction des CHRS à porter une attention particulière aux connaissances initiales des travailleurs sociaux en matière de clinique de la précarité et d'organisation systémique des dispositifs psychiatriques.

⁶⁸ Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion à Paris

⁶⁹ L'article précité prévoit l'accueil de « toute personne qui se présente » sous réserve de la compatibilité avec « la spécialité et la capacité autorisée » du CHRS

⁷⁰ Mot relevé au cours d'un entretien

De même, pourrait être expressément mentionnée l'incitation à collaborer avec les secteurs psychiatriques, justifiée en vertu de l'obligation d'assurer une prise en charge globale dont l'accès aux soins est une composante.

Ensuite, la lecture des rapports d'activité de CHRS atteste un contenu insuffisamment détaillé qui ne permet pas de cerner la nature ainsi que l'ampleur des troubles mentaux affectant la population accueillie.

Actuellement, le co-coordonateur du versant social du réseau réfléchit avec une équipe de travailleurs sociaux sur les référentiels d'évaluation.

Il serait utile d'apporter un appui au co-coordonateur et de renforcer par là-même sa légitimité, en inscrivant d'ores et déjà, au nombre des engagements conventionnels, le principe d'une rédaction détaillée des rapports d'activité suivant les critères et indicateurs de santé mentale après leur validation par le COPIL.

D'autre part, les CHRS investis dans cet accompagnement psychosocial doivent être soutenus face au manque à gagner que génèrent les hospitalisations de leurs résidents. Les équipes des CHRS qui gardent la vacance des places, libérées par une admission à l'hôpital, afin de réintégrer les personnes, subissent un manque à gagner dans la mesure où les places auraient pu être occupées par un autre impétrant.

Or, la continuité des soins repose sur cet hébergement porteur de lien social. Aussi, il faut encourager ces pratiques qui garantissent la fluidité des allers retours entre l'hôpital et le CHRS, d'autant qu'ils sont fréquents chez les personnes souffrant de pathologies chroniques.

A cet effet, le système de « places dédiées » permet de maintenir le financement de places en les considérant comme occupées durant le temps de l'hospitalisation qui pourrait être fixé sur la base de la durée moyenne de séjour, soit un mois maximum.

Il s'agit de places « dédiées » et non « réservées », afin d'éviter toute pression sur les CHRS soucieux de ne pas constituer des « lieux de relégation » de malades mentaux.

En outre, des protocoles thérapeutiques devront être conclus entre les secteurs et les CHRS concernés, afin de garantir un accès facilité aux soins ambulatoires ou hospitaliers ainsi que leur continuité aux résidents bénéficiaires de ce système.

⁷¹ Précision : l'évaluation précède le diagnostic qui est l'apanage exclusif du personnel médical et paramédical

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que le partenariat entre la psychiatrie de secteur et les CHRS, visant la reconquête de soi comme prémice de la réinsertion sociale des personnes en grande précarité, est éminemment tributaire du temps.

Réactivité des réponses aux besoins de soins et lent apprivoisement de la logique de l'autre constituent la double dimension du temps partenarial.

Certes, le réseau ne se décrète pas mais, il est possible d'impulser le travail en réseau en renforçant les chevilles ouvrières que sont les équipes mobiles. En effet, leur double rôle de médiation entre les acteurs et de médiatisation des logiques d'action professionnelle, s'avère fondamental pour croiser les regards et les pratiques autour des besoins des usagers.

Cependant, le temps investi par chaque acteur doit générer un retour sur investissement respectif, afin que cet engagement dans le partenariat perdure suivant une logique de réciprocité d'intérêts dont les usagers sont en définitive bénéficiaires.

Aussi, les travailleurs sociaux doivent être soutenus dans l'accompagnement de malades mentaux et les secteurs doivent pouvoir plus aisément orienter les personnes à la sortie de l'hôpital vers les CHRS, sous réserve de compatibilité de leur profil avec les contraintes d'une structure collective.

Ce soutien implique une redéfinition du champ de compétence des équipes mobiles et des réformes structurelles de chaque versant du réseau.

Le rôle de ces équipes doit être élargi à la facilitation de l'accès en CHRS pour les sortants d'hospitalisation afin de réduire les ruptures de soins ; problème focal de la prise en charge de ce public.

Leur pérennisation est en outre nécessaire pour ancrer la prévention dans les pratiques des acteurs de terrain.

Cette option est fondée sur le postulat suivant lequel les acteurs sociaux, en contact avec vingt-neuf équipes de secteur possibles, auront constamment besoin d'un médiateur face à la rotation des interlocuteurs dont l'ouverture au partenariat variera.

En outre, il s'agit d'un appui mobile à une psychiatrie de secteur qui ne peut avoir le don d'ubiquité, en tenant compte de la démographie médicale critique face à une demande démultipliée et du souci d'éviter une « filière pour exclus » avec des consultations sur les lieux d'hébergement.

Quant aux réformes structurelles portant sur le développement d'alternatives à l'hospitalisation et sur l'adaptation de l'accueil des CHRS aux malades mentaux, le réseau constitue un formidable levier de recomposition de l'offre de soins et d'hébergement, tout en étant tributaire de la réalisation de ces évolutions.

En effet, l'incitation à travailler ensemble risque de se réduire à un vœu pieux si les partenaires sont dans l'incapacité de répondre aux besoins, faute de disponibilité ou de structures idoines à l'égard du public.

Enfin, le réseau s'entend aussi comme d'un outil devant résoudre la subtile dialectique entre l'autonomie de ses membres nécessaire à la souplesse des actions et une certaine discipline en garantissant la cohérence.

Les perspectives s'inscrivent dans une régulation territorialisée et globalisée ainsi que dans un partenariat élargi.

La circulaire n°04-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS⁷⁴ de troisième génération, réaffirme la logique d'une action transversale inscrite dans un territoire.

La transversalité implique l'intrication de la démarche horizontale de la santé publique axée sur la prévention avec l'orientation verticale de la planification sanitaire axée sur les soins. Ainsi, il s'agit de conjuguer le curatif et le préventif tout en l'adaptant aux besoins spécifiques de certaines populations comme les malades mentaux en situation d'exclusion sociale.

La territorialisation vise à adapter cette combinaison d'approches aux besoins locaux à l'échelle d'un territoire de santé, au sein d'un projet médical de territoire combinant le sanitaire, le médico-social et le social.

Aussi, l'intersectorialité des équipes mobiles doit être renforcée en termes de moyens matériels et d'autonomie institutionnelle afin d'impulser les fédérations de secteurs à l'échelon de chaque territoire de santé.

Par ailleurs, le partenariat pourrait être élargi en direction de deux partenaires institutionnels ; l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et le Conseil de Paris.

Le rapprochement de la DASS de Paris avec l'établissement public permettrait d'accélérer la convergence entre les établissements publics de santé mentale et les hôpitaux généraux en grande partie gérés par l'AP-HP. Sont visées la mutualisation des moyens, la déstigmatisation des maladies mentales et la globalisation de l'approche des besoins somatiques et psychiatriques des usagers.

⁷⁴ Schéma régional d'organisation sanitaire

Concrètement, il s'agit d'inciter l'AP-HP à sectoriser les 251 lits de psychiatrie générale et de participer à l'essor des conventions de psychiatrie de liaison entre les établissements de santé mentale et les hôpitaux généraux visant à organiser la mise à disposition de personnels médicaux et infirmiers.

Enfin, il serait éminemment utile de mettre en place un partenariat interinstitutionnel avec le Conseil de Paris pour plusieurs motifs ;

- optimiser les moyens du réseau parisien en mutualisant les financements et les prestations effectuées par les équipes mobiles,
- remédier à l'embolie des hébergements sociaux en négociant des critères de priorisation des demandes selon le degré de précarité des personnes afin d'élargir leur accès aux logements sociaux,
- la prochaine reconnaissance du handicap psychique induira l'essor d'une prise en charge médico-sociale qui est conjointe pour certaines structures comme les Foyers d'accueil médicalisé.

En définitive, le partenariat ne constitue pas un enjeu réservé aux opérateurs, mais concerne également les services déconcentrés et décentralisés de l'Etat afin d'allier égalité et équité dans l'accompagnement des membres les plus fragiles de notre société. Plus fondamentalement, le défi le plus ardu est celui auquel les malades mentaux désocialisés sont confrontés ; "celui de bien trouver sa place et de retrouver la communication avec soi"⁷⁵, et il relève de notre mission de les y aider.

⁷⁵ Le pèse-nerfs, Antonin Artaud

Bibliographie

Législation régissant la santé mentale :

- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n°02-303 relative aux droits des malades mentaux à la qualité du système de santé
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,
- Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 et loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relatives à la sectorisation psychiatrique
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
- Arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de la carte sanitaire de psychiatrie
- Circulaire n°04-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération
- Circulaire n°04-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- Circulaire n°01-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins dans le champ de la santé mentale
- Circulaire n°90-577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
- Circulaire N°74-981 du 9 mai 1974 complétant l'organisation de la psychiatrie publique en secteur
- Circulaire n° 340 du 15 mars 1960 relative au secteur et à l'humanisation des hôpitaux psychiatriques

Législation régissant les CHRS :

- Code de l'action sociale et des familles : articles L.311-1 et s., L.345-1 et s., L.331-1 et s.
- Loi n° 02-2002 du 2 janvier 2002 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

- Loi n° 75-955 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
- Décret n°76-526 du 15 juin 1976 portant application des articles 185 et 185-3 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et relatifs aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale
- Décret n°54-883 du 2 septembre 1954 portant réglementation publique pour application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance

Documents de planification relatifs à l'Ile de France et au département parisien :

- Carte sanitaire, schéma régional et annexe de la psychiatrie en Ile-de-France, arrêtés n°98-1-55 et n°98-1-56 du 17 juin 1998, ARHIF
- Bilan de la mise en œuvre du SROS de Psychiatrie, DRASSIF, juin 1998-juin 2004
- Inventaire des équipements psychiatriques, DRASSIF, juin 2004
- Bilan de la carte sanitaire de la psychiatrie en Ile de France, 1^{er} avril 2004, DRASSIF
- Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion à Paris 2000-2005, DASS 75
- SAHIP, bilan 2004, DASS de Paris
- Rapports d'activité, 2003, équipes mobiles

Législation et textes sur les réseaux :

- Loi n°04-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article L. 1411-1-1
- Circulaire n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux
- Circulaire D.G.S. n°94- 88 du 1^{er} décembre 1994 relative au travail en réseau
- Circulaire D.G.S. n°93-74bis du 2 décembre 1993 relative au travail en réseau
- Guide d'évaluation des réseaux de santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, juillet 2004

Rapports, plans, études :

- CLERY-MELIN P., KOVESH V., PASCAL J-C., *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rapport d'étape, septembre 03
- CREDES, *Territoires et accès aux soins*, Rapport du groupe de travail, janvier 2003
- DHOS, *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale*, Rapport du groupe de travail, mars 2002

- DREES, *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*, document de travail n°42, série études, mars 2004
- Fédération Française de Psychiatrie, *Livre blanc de la psychiatrie*, coéditions John Libbey Eurotext, Paris, Janvier 2003
- KOUCHNER B., *L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover*, Plan pluriannuel d'actions en santé mentale, novembre 2001
- PARQUET J-P., *Souffrance psychique et exclusion sociale*, septembre 2003
- PIEL E., ROELANDT J-L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001
- ROELANDT J-L., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, avril 2002
- ROGER-LACAN C., PATRIS C., *Psychiatrie et grande exclusion*, 1996

Revue et Ouvrages :

- BONAL C., JOURDAIN A., *Mettre en œuvre les politiques et actions en santé mentale*
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, des Statistiques, *Santé mentale en population générale : images et réalités*, Etudes-Résultats n°116, mai 2001
- Fédération nationale d'accueil et de réinsertion sociale, *Guide des CHRS*, éditions ASH, Paris, 2002
- FROSSARD M., JOURDAIN A., *Module de planification-régulation*, ENSP
- FURTOS J., *Faut-il être optimiste ou pessimiste sur l'avenir de la psychiatrie?*, Rhizome n°8, avril 2002
- FURTOS J., *Le syndrome d'auto-exclusion*, Rhizome n°9, septembre 2002
- FURTOS J., *Précarité du monde et souffrance psychique*, Rhizome n°5, juillet 2001
- FURTOS J., *Vers une "sanitarisation" du travail social ?*, Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2340, 2 janvier 2004
- HARDY J-P., *Guide de l'action sociale contre les exclusions*, éd. Dunod, Paris, 1999
- JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, collection Dunod, Paris, 2000
- KAPSAMBELIS V., DELIGNIERES A., MACRON-NOGUES F., *Coût de la désinstitutionnalisation*, L'Information Psychiatrique n°4, avril 1995
- Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *De la psychiatrie à la santé mentale : des éléments pour les changements*, Pluriels n°42-43, mars-avril 2004
- Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *Des réseaux pour la santé mentale*, Pluriels n°17, avril 1999
- Société médicale des psychiatres des hôpitaux des secteurs de Paris, *Livre blanc de la psychiatrie de secteur à Paris*, décembre 2001

Liste des annexes

Annexe N°1 : courrier d'accompagnement du questionnaire

Annexe N°2 : questionnaire adressé aux CHRS parisiens

Annexe N°3 : liste des personnes rencontrées



PRÉFECTURE DE PARIS



MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL
ET DE LA COHESION SOCIALE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE LA PROTECTION SOCIALE
MINISTÈRE DE LA FAMILLE
ET DE L'ENFANCE

Paris, le lundi 14 juin 2004

Direction des Affaires

Sanitaires et Sociales de Paris

Pôle : Solidarité Insertion

Service : Urgence Sociale et Intégration

Affaire suivie par : Marie-Liesse KELCHE

liesse.kelche@free.fr

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de trouver ci-joint un questionnaire d'évaluation de la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes résidant dans votre établissement au titre de l'année 2003. Ce questionnaire est adressé à l'ensemble des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale parisiens.

Actuellement, avec mes services et le Dr Guiraudie, médecin inspecteur de santé publique, la DASS de Paris se mobilise dans le cadre du réseau psychiatrie-précarité, coordonné par Mme Cabanes, directrice du CHRS Cité St-Martin, et Dr Mercuel, psychiatre, chef de service de l'équipe mobile SMES, pour améliorer le partenariat entre les acteurs psychiatriques et sociaux.

D'autre part, l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques des personnes démunies figure au nombre des actions prioritaires du Schéma d'Aménagement, d'Hébergement et d'Insertion Parisien 2000-2005.

Aussi, j'attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui nous permettra de mieux connaître les besoins ciblés sur les pathologies psychiatriques de la population hébergée en CHRS ainsi que les modalités de leur prise en charge.

Il s'agit d'un outil de connaissance et d'analyse visant à nourrir les pistes d'action en matière d'hébergement et de soins pour les personnes conjuguant grande précarité et troubles psychiatriques avérés.

Je vous sais gré, d'avance, pour les soins que vous mettrez à remplir ce document que vous voudrez bien nous retourner **avant le 30 juillet 2004**.

Je vous prie, Monsieur le Directeur, d'agréer mes salutations distinguées.

Jean-Philippe HORREARD

Chef du service Urgence Sociale et Intégration

Annexe n°2

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES RESIDANT EN CHRS – ANNEE 2003 –

Double objet :

- recenser les besoins psychiatriques des personnes hébergées ; pathologies révélées par la précarité et pathologies connues suivies ou en rupture de soins,
- caractériser les modalités de prise en charge en interne et avec la psychiatrie de secteur.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre du renouvellement des conventions d'aide sociale de l'Etat (mise en place du SAHIP) et de la redynamisation du réseau parisien psychiatrie-précarité.

Précision : en cas d'impossibilité de répondre à la question, merci de bien vouloir en communiquer les raisons.

Identification du CHRS : (merci de remplir)

Nom/qualité de la personne qui a rempli ce questionnaire :

Date d'ouverture :

Nombre de personnes hébergées en 2003 :

Type d'hébergement : généraliste / spécialisé dans les troubles psychiatriques (cocher)

Profil de la population hébergée :

Tableau partiel des effectifs (à remplir si présence d'un personnel médical ou paramédical) :

Fonction	ETP	Nombre	Permanent / vacataire (Nombre de vacations)
Médecin généraliste			
Infirmier			
Aide médico- psychologique			
Psychologue			
Infirmier psychiatrique			
Psychiatre			

– QUESTIONS PORTANT SUR L'ANNEE 2003 –

QUESTION N°1 :

Combien de résidents ont nécessité une prise en charge spécialisée ?

- pour cause de pathologie psychiatrique connue avant admission :
- pour cause de pathologie psychiatrique révélée en cours d'hébergement :

En cas d'impossibilité de fournir des chiffres précis, bien vouloir indiquer une estimation au regard du nombre total d'hébergés en 2003 : *(cocher)*

5%, 10%, 15%, 20%, 25%, 30%, 35%, 40%, 45%, 50%,...

QUESTION N°2 :

Quel est le nombre de personnes titulaires de l'Allocation pour Adulte Handicapé ? :

QUESTION N°3 :

- Combien de personnes ont été refusées à l'admission ? :
- Combien d'entre elles le furent pour cause de pathologie psychiatrique ? :
Pourquoi ? *(plusieurs items peuvent être cochés)*
- l'accueil des personnes souffrant de pathologies psychiatriques ne fait pas partie du projet d'établissement ou de la mission du CHRS
- le personnel du CHRS n'est pas suffisamment soutenu par les acteurs de la psychiatrie
- le personnel du CHRS n'est pas suffisamment formé pour assurer cette prise en charge
- *autre(s) :*

QUESTION N°4 :

Par quelle structure les personnes souffrant de pathologies psychiatriques connues ont-elles été orientées vers le CHRS ? *(préciser le nombre respectif)*

- Service hospitalier psychiatrique :
- Centre Médico-Psychologique :
- Centre d'Hébergement d'Urgence et de Soins Infirmiers :
- Service d'action sociale :
- Centre d'Hébergement d'Urgence :
- Structure d'accueil sans hébergement (Espace Solidarité Insertion, accueil de jour, ...):
- Autre CHRS :
- *Autre(s) :*

QUESTION N°5 :

Parmi ces personnes admises, sortants d'hospitalisation exceptés, combien étaient en rupture de suivi psychiatrique ? :

QUESTION N°6 :

Combien de personnes ont été hospitalisées en service psychiatrique ?

(merci de remplir le tableau ci-dessous, qui peut être complété en tant que de besoin au moyen d'une page complémentaire)

Précisions :

- le motif ne se confond pas avec le diagnostic médical,
- En cas de présence d'une maladie somatique et/ou d'une conduite addictive associé(s), il suffit d'indiquer la catégorie du trouble connexe sans autre précision

Sexe	Age	Hospitalisation - en urgence - programmée	Hospitalisation - libre - d'office - à la demande d'un tiers	Motif (exemples :trouble du comportement perturbateur, épuisement du personnel, crise paroxystique, tentative de suicide...)	Maladie / addiction éventuellement associés (exemples : alcoolisme, drogue, épilepsie...)

QUESTION N°7 :

Hors hospitalisation, comment les personnes résidentes accèdent-elles aux soins psychiatriques ? *(indiquer le nombre respectif)*

➤ Déplacement au CMP :

Si accompagnement par un professionnel du CHRS, est-il fait :

Rarement, souvent, toujours *(cocher)*

➤ Consultation psychiatrique sur place *(en préciser les modalités : en interne ou avec intervenant externe)*

- Si en interne : Qui ? Nombre annuel de consultations ?
- Si en externe : Quels partenaires ? Nombre annuel de consultations ?
- Si relais interne vers externe : Motifs ? Nombre annuel de relais ?

QUESTION N°8 : (question ouverte)

A la sortie du CHRS, vers quelle structure les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sont-elles orientées ?

QUESTION N°9 :

Sur la prise en charge des troubles psychiatriques,

➤ Le personnel du CHRS a-t-il bénéficié d'une formation ? OUI / NON

Si oui, nombre annuel :

➤ En cas de présence médicale au sein du CHRS, existe-t-il une supervision des équipes faisant le lien entre le personnel socio-éducatif et les intervenants médicaux, para-médicaux : OUI / NON

QUESTION N°10 : (les trois premières questions portent dérogatoirement sur 2004 afin de réactualiser les données d'ordre factuel sur le réseau)

➤ Connaissance en 2003 du réseau psychiatrie-précarité : OUI / NON
Et actuellement ? OUI / NON

➤ Présence en 2003 d'un référent sur les troubles psychiatriques :
- au niveau du CMP : OUI / NON
- au niveau du CHRS : OUI / NON
Et actuellement ? OUI / NON

Convention de partenariat avec le secteur psychiatrique en 2003 : OUI / NON
Et actuellement ? OUI / NON

➤ Consultation CMP : OUI / NON
Si oui, délai moyen de rendez vous :

➤ Déplacement des professionnels de la psychiatrie en cas de crise : OUI / NON
Si oui, nombre annuel :

➤ Evaluation téléphonique des besoins psychiatriques : OUI / NON
Si oui, nombre annuel :

➤ Evaluation sur les lieux du CHRS des besoins psychiatriques : OUI / NON
Si oui, nombre annuel :

➤ Réunions de synthèse avec les acteurs de la psychiatrie : OUI / NON

Si oui, périodicité :

➤ Formations assurées par l'équipe de psychiatrie :

OUI / NON

Si oui, nombre annuel :

QUESTION N°11 : (*question ouverte*)

Comment qualifiez-vous vos relations avec la psychiatrie de secteur ? (*plusieurs items peuvent être cochés*)

- Excellentes, satisfaisantes, médiocres, mauvaises
- Soutenues, insuffisantes
- Adaptées, inadaptées
- Aisées, ardues

Pourquoi ? (si espace insuffisant, possibilité de remplir une/des page(s) complémentaire(s))

Quelles sont vos suggestions pour améliorer ce partenariat et la prise en charge des personnes hébergées souffrant de troubles psychiatriques ? (*idem*)

Souhaitez-vous ajouter des commentaires à ce questionnaire ? (*idem*)

Annexe n°3

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

➤ Equipes mobiles :

Association de Santé Mentale 13 :

- Mme BOURSIER, assistante sociale
- Mme FOURNIAL, directrice de centre médico-psychologique
- Dr MULDWORF, psychiatre
- M. OLIVEAU, cadre infirmier

Centre Hospitalier Esquirol :

- Mme BOUSMAH, infirmière,
- Mme FONTAINE, assistante sociale

Centre Hospitalier Maison Blanche :

- M. SOTTO, infirmier

Centre Hospitalier Perray-Vaucluse

- Mme CARRE, infirmière
- Mme MAURICE, assistante socio-éducative

Centre Hospitalier Sainte-Anne :

- Dr MERCUEL, psychiatre et co-coordonateur du réseau
- Mme PLANEIX, infirmière

Co-coordonateurs du réseau :

- Mme CABANNES, directrice de CHRS Cité ST-Martin, co-coordinatrice du versant social du réseau
- Dr MERCUEL, co-coordonateur du versant psychiatrique du réseau

Acteurs institutionnels :

- Dr LARCHER, chargé de mission, service de prévention, d'insertion et d'accès aux droits, Direction générale de l'action sociale
- Dr GUIRAUDIE, médecin inspectrice santé publique, membre du COPIL, DASS 75
- Mlle LAW LAI , inspectrice de l'action sanitaire et sociale, service des CHRS, DASS 75