



EHESP

DESSMS

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

**Réduire les hospitalisations au long-cours en
psychiatrie par l'accès et le maintien au logement des
personnes vivant avec un handicap psychique, sous-
tendu par un trouble schizophrénique:
opportunités et défis**

Julien LAFOND

Remerciements

Je tiens en priorité à remercier l'ensemble des personnes avec lesquelles je me suis entretenu pour élaborer ce mémoire, qu'il s'agisse des professionnels ou des usagers. Merci pour le temps qu'elles m'ont consacré et pour la richesse de nos échanges. Merci aux usagers des appartements de l'association A.R.T.I pour leur confiance et le partage de leur expérience.

Merci à Nathalie Sanchez, directrice de l'EPS Erasme, et le docteur Agnès Metton, présidente de CME, pour m'avoir encouragé à choisir ce sujet de mémoire, et qui, bien plus que de me soutenir dans mes travaux de recherche, m'ont confié l'animation d'un groupe de travail sur les questions de l'accès et du maintien au logement des patients. Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe de direction pour le partage de leurs réflexions autour de ces thématiques, pour l'ensemble des documents qu'ils ont mis à ma disposition, ainsi que pour leur mise en relation avec des institutions partenaires. Merci également aux chefs et assistants de pôles de psychiatrie adulte de l'hôpital pour nos échanges informels réguliers concernant les thématiques d'articulation des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Merci à Magali Riesser-Tassery pour sa générosité, et l'organisation d'une après-midi de rencontres professionnelles passionnantes au sein de l'EPS Barthélémy Durand.

Merci aux équipes de l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal de m'avoir initié au concept de rétablissement et transmis leurs convictions concernant le nécessaire engagement de la psychiatrie publique en faveur d'une approche globale de la personne.

Je tiens enfin à remercier mes proches pour leur soutien tout au long de mes travaux.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La problématique des hospitalisations au long-cours en psychiatrie : un frein au rétablissement des usagers et une remise en cause de l'organisation du système hospitalier psychiatrique.....	5
a) <u>Analyser les hospitalisations au long-cours pour identifier des réponses adaptées aux besoins des patients</u>	5
<i>i) La plupart des hospitalisations au long-cours en psychiatrie concernent des hommes, âgés entre 30 et 60 ans, souffrant de troubles schizophréniques.....</i>	<i>5</i>
<i>ii) L'espoir du rétablissement malgré les troubles associés à la schizophrénie</i>	<i>7</i>
<i>iii) Accompagner le rétablissement de patients souffrant de troubles schizophréniques requiert des interventions centrées sur la personne et promouvant son insertion au sein d'un environnement ouvert sur la cité</i>	<i>9</i>
b) <u>Le constat français d'une offre sanitaire psychiatrique inadéquate pour les usagers, et inefficace d'un point de vue organisationnel.....</u>	13
<i>i) Une prise en charge sanitaire « totale » qui se révèle insatisfaisante pour le rétablissement du patient et incite à la prolongation des hospitalisations.....</i>	<i>13</i>
<i>ii) Des moyens hospitaliers dévoyés alors que les défis auxquels est confrontée la psychiatrie publique sont nombreux.....</i>	<i>17</i>
<i>iii) L'absence d'incitation financière à la logique de parcours en psychiatrie</i>	<i>19</i>
2 Le défi de l'accès et du maintien au logement des patients hospitalisés au long-cours dans un contexte de répartition imprécise des responsabilités entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.....	21

a) <u>Partir des besoins : Identifier les défis de l'accès et du maintien au logement pour les personnes en situation de handicap psychique hospitalisées au long-cours</u>	23
<i>i) La barrière financière et administrative de l'accès au logement</i>	23
<i>ii) L'accompagnement nécessaire au maintien dans le logement combine des interventions sanitaires et sociales</i>	25
b) <u>Les limites d'un hôpital qui aborderait seul la question de l'accès et du maintien au logement</u>	27
<i>i) Une offre d'hébergement-logement nécessairement limitée, et insuffisamment pilotée</i>	28
<i>ii) Des modalités d'accompagnement hétérogènes en l'absence de cadre commun</i>	30
c) <u>Des interventions du secteur social et médico-social pertinentes pour l'accès au logement, et complémentaires à celles du secteur sanitaire en termes d'accompagnement</u>	33
<i>i) Les institutions sociales et médicosociales disposent de logements qui correspondent aux besoins des patients, tout en étant insuffisamment sollicitées par l'hôpital</i>	34
<i>ii) Un accompagnement médico-social qui peut soutenir les personnes dans la réalisation de leur projet de vie, à condition de pouvoir compter sur l'expertise du secteur sanitaire</i>	35
3 Le défi des partenariats : une réponse aux besoins pertinente mais confrontée à plusieurs obstacles	38
a) <u>Propositions : Promouvoir la vision clinique du rétablissement et resituer l'hôpital dans son champ d'expertise pour l'accès et le maintien au logement des patients</u>	39
<i>i) Prévenir les hospitalisations au long-cours implique de repenser le projet d'établissement sous l'angle de la promotion du rétablissement</i>	39
<i>ii) Accès au logement : envisager par étapes une gestion déléguée du parc locatif</i>	

<i>iii) Accompagnement au logement: définir l'organisation d'une équipe mobile de réhabilitation psychosociale qui prévoit son articulation avec l'intervention au domicile de services sociaux et médico-sociaux</i>	44
<u>b) Mise en œuvre : Implémenter le changement par un pilotage affirmé, participatif, et coordonné.....</u>	47
<i>i) Conduire le changement requiert un pilotage par la direction de l'établissement et la mobilisation d'un groupe de travail autour d'objectifs partagés</i>	47
<i>ii) Favoriser l'émergence d'une culture commune : l'usager et ses besoins comme repères.....</i>	49
<i>iii) Identifier pour chaque action son cadre de coordination territoriale le plus pertinent</i>	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation pour adulte handicapé

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre médico-psychologique

CPT : Communauté psychiatrique de territoire

EPS : Etablissement public de santé

GHT : Groupement hospitalier de territoire

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SAMSAH : Service d'accompagnement médicalisé spécialisé pour adulte handicapé

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

Introduction

« Il y a deux sortes de temps, le temps qui attend et le temps qui espère »

Jacques Brel

A l'origine de ce mémoire, il y a un étonnement. Après plusieurs mois passés au sein de l'Etablissement Public de Santé Mentale Erasme, plusieurs visages de patients ont commencé à devenir familiers. Ces patients étaient présents depuis mon arrivée et je les rencontrais donc quotidiennement dans le hall de l'hôpital. Je me suis enquis de leur sort, et ai appris que certains d'entre eux étaient présents depuis un an, d'autres depuis bien plus longtemps encore. L'étonnement était lié à la comparaison que je pouvais faire avec ma récente expérience au sein d'un établissement psychiatrique québécois, là où, au contraire, ma surprise avait été liée à l'absence prononcée de patients dans les couloirs et unités de soin. A l'étonnement a succédé l'indignation : L'hôpital, de par sa mission comme son organisation, n'est pas un lieu de vie, mais un lieu de soins où les opportunités d'accomplissement d'un projet de vie sont nécessairement limitées. Ainsi, dès lors que leur hospitalisation à temps complet n'est plus justifiée d'un point de vue médical, les personnes devraient pouvoir sortir de l'hôpital le plus rapidement possible, d'autant plus s'il est démontré que cette vie « hors les murs », malgré la maladie, est possible, existe ailleurs, comme j'avais pu le comprendre et l'étudier au Québec. L'étonnement, l'indignation, puis enfin l'incompréhension. L'Etablissement Public de Santé Erasme, dernier hôpital psychiatrique construit en France, en 1982, jouit d'une bonne réputation. Etablissement à « taille humaine » situé dans le sud des Hauts-de-Seine, composé de 124 lits d'hospitalisation et 25 sites extrahospitaliers, il est notamment connu pour la qualité de sa politique culturelle, intrinsèquement liée à l'organisation des soins, et sa structuration polaire intersectorielle, symbole d'une ouverture du corps médical aux pratiques innovantes. On est alors bien loin de l'image d'Epinal de l'ancien asile psychiatrique dont les pratiques auraient l'âge de ses fondations.

Dès lors un sujet d'étude s'imposait : le constat des hospitalisations aux long-cours est-il partagé pour l'ensemble des établissements psychiatriques publics français ? Si tel est le cas, ces hospitalisations sont-elles toutes justifiées ? Supposons une réponse négative : quels sont alors les obstacles à la sortie d'hospitalisation des patients ? Sont-ils le fait de l'organisation hospitalière, ou la résultante de difficultés rencontrées à l'extérieur de l'hôpital ? Et comment l'institution peut-elle contribuer à résorber ces problèmes ? L'hôpital peut-il d'ailleurs tout pour ces patients ? Ou n'en fait-il pas justement peut-être déjà trop ? La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » est venue reconnaître la notion de « handicap psychique » et proposer de nouvelles modalités d'accompagnement

spécialisées pour ce public. Comment expliquer alors que des personnes concernées, au lieu de bénéficier de ces outils, soient toujours hospitalisées ?

Ces questions revêtent un intérêt particulier pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) dont une des missions est, selon le référentiel métier établi par la direction générale de l'offre de soins, de concourir « à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques sociales, médicosociales et sanitaires au sein de son territoire » et de « favoriser l'intégration de l'établissement dans un tissu social, médico-social et sanitaire permettant une prise en charge globale et coordonnée des personnes accueillies ». Dès lors, si certaines hospitalisations psychiatriques prolongées se révèlent inadéquates au sein de son établissement, un DESSMS doit veiller à garantir les conditions d'un accompagnement approprié pour la sortie du patient, en coordination avec ses partenaires territoriaux, tout en se référant aux meilleures pratiques. Pour ce mémoire, le choix a été fait de cibler les personnes *majoritairement* concernées par les hospitalisations au long-cours, à savoir les patients vivant avec un trouble schizophrénique, et de ne pas approfondir les enjeux liés à d'autres profils de patients concernés. Ce choix s'explique par le vœu d'analyser la complexité de la réinsertion des patients schizophrènes, pour lesquels l'institutionnalisation sanitaire ou médico-sociale n'est pas systématiquement la réponse la plus appropriée, mais qui sont confrontés alors à des difficultés d'accès et de maintien au logement. L'objectif est d'identifier les raisons et les modalités de la contribution des établissements psychiatriques à ce pilier essentiel de la réinsertion des patients. D'où la problématique suivante :

En quoi la question de l'accès et du maintien au logement, en tant qu'alternative aux hospitalisations au long-cours des personnes vivant avec un handicap psychique, sous-tendu par un trouble schizophrénique, représente t-elle une opportunité comme un défi pour les établissements de santé mentale et leurs patients ?

Le premier chapitre s'intéresse aux hospitalisations au long-cours en psychiatrie. Il vient démontrer la nécessité pour les établissements d'agir en faveur de leur réduction, tant ces hospitalisations prolongées, souvent inadéquates, se révèlent aussi nocives pour les patients concernés que pour l'ensemble de la performance du système hospitalier psychiatrique. Une vision clinique encore trop centrée sur la maladie viendrait expliquer la lenteur du changement. Le deuxième chapitre révèle que la difficulté des patients à sortir de l'hôpital, accéder à un logement et s'y maintenir s'explique par la répartition imprécise des missions que doivent assurer les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour répondre à leurs besoins. Ce diagnostic est posé à partir d'une analyse de l'offre proposée par l'EPS Erasme et ses partenaires. Des propositions fondées sur l'émergence d'une nouvelle culture commune du « rétablissement », légitimant les compétences

respectives des acteurs, sont détaillées dans le dernier chapitre. Les conditions de leur mise en œuvre sont également étudiées, à travers notamment l'affirmation du rôle du directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en tant que pilote essentiel de la politique partenariale de l'hôpital.

Méthodologie

La méthodologie employée repose sur la combinaison d'analyses bibliographiques et documentaires, d'entretiens et d'observations.

L'ensemble des éléments bibliographiques est mentionné à la fin du mémoire. L'équipe de direction de l'EPS Erasme a également mis à ma disposition des données d'activité relatives aux hospitalisations au long-cours.

Des entretiens semi-directifs d'une durée d'1h-1h30 ont été réalisés auprès de différentes équipes soignantes et médico-sociales participant à des actions d'accès et de maintien au logement de personnes vivant avec un handicap psychique. Les trois équipes des associations de secteur de l'EPS Erasme ont ainsi été rencontrées, et un temps d'échange fut organisé avec des personnes bénéficiant d'un des logements de l'une de ces associations. Afin de pouvoir comparer l'organisation de l'EPS Erasme concernant les alternatives aux hospitalisations au long-cours avec celle d'autres établissements psychiatriques, des entretiens ont été menés avec des médecins et professionnels des Hôpitaux de Saint-Maurice (94) et de l'EPS Barthélémy Durand (91). Deux entretiens ont également été conduits avec des cadres et un directeur-adjoint de la Fondation des Amis de l'Atelier, gestionnaires de résidences accueil et de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) dans le département des Hauts-de-Seine.

Des données ont également pu être recueillies lors d'observations directes, à l'occasion de ma participation à la conférence « Le rétablissement en santé mentale - Histoires et parcours en Île-de-France » organisée par l'ARS Ile-de-France en mars 2016, et au congrès « Rehab' » du Comité Français pour la réhabilitation psychosociale en juin 2016. Mes travaux ont enfin été enrichis par mon observation participante en tant que membre du groupe de travail « articulation secteurs sanitaire et médico-social » réuni dans le cadre de la préfiguration du GHT Psy Sud Paris, et en tant que membre des séminaires stratégiques de l'EPS Erasme dont l'objet était de définir les axes du projet stratégique 2017-2020 de l'établissement. J'ai animé dans le cadre de ces travaux trois réunions du groupe de travail « réinsertion-réhabilitation ».

1 La problématique des hospitalisations au long-cours en psychiatrie : un frein au rétablissement des usagers et une remise en cause de l'organisation du système hospitalier psychiatrique

a) Analyser les hospitalisations au long-cours pour identifier des réponses adaptées aux besoins des patients

i) La plupart des hospitalisations au long-cours en psychiatrie concernent des hommes, âgés entre 30 et 60 ans, souffrant de troubles schizophréniques

Les hospitalisations dites « au long cours » en psychiatrie, définies par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)¹ comme une hospitalisation supérieure ou égale à 292 jours dans l'année, continue ou non, concernent approximativement 13 000 patients annuellement. Si ce poids est faible dans la file active des établissements de santé mentale il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits, constituant dès lors un problème majeur pour l'activité et l'organisation des soins des hôpitaux psychiatriques. Le constat se révèle particulièrement prégnant pour les établissements publics de santé spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales, monodisciplinaires, qui accueillent 80% des patients hospitalisés au long-cours alors qu'ils reçoivent 69% de l'ensemble de la patientèle psychiatrique.

Constat pour l'EPS Erasme

Une étude sur les séjours prolongés a été menée en 2016 par un groupe de travail préparatoire à la constitution d'un comité des hospitalisations au long-cours. Cette étude révèle la prévalence de ces séjours au 31/12/2015. A cette date, 23,8% des patients étaient hospitalisés depuis plus de 6 mois, ce qui représente 17,7% des lits. Cette donnée est légèrement inférieure aux chiffres de l'étude de l'IRDES précédemment citée. Cependant, l'EPS Erasme est confronté à des hospitalisations de très long-cours : Au 31/12/2015, 13,1% des patients étaient hospitalisés depuis plus de deux ans, ce qui représente 9,7% des lits. L'établissement est ainsi, à l'image du constat national, directement concerné par la problématique des hospitalisations au long-cours.

¹ COLDEFY M, NESTRIGUE C. « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale » Questions d'économie de la santé, Paris, 2014, n°202

Cette situation interroge alors même que la psychiatrie publique française s'est engagée depuis les années 1970 dans une politique de désinstitutionnalisation psychiatrique, visant à intervenir au plus près du lieu de vie du patient. Ces données interpellent d'autant plus que ces prolongations d'hospitalisation ne sont, pour l'immense majorité des patients, pas corrélées à une indication thérapeutique². Un décalage ne peut dès lors qu'être constaté entre les données précitées et les intentions du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015, qui affirmait les intentions suivantes dans son introduction : *« Intervenant sept ans après le vote de la loi du 11 février 2005, le plan psychiatrie et santé mentale intègre pleinement les enjeux de participation sociale et de citoyenneté dont elle est porteuse pour toutes les personnes qui subissent un handicap du fait des retentissements dans leur vie et leur autonomie d'un trouble de santé. Il affirme ainsi tout à la fois le besoin de soins de qualité pour tous et la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale. Logement et emploi sont ainsi des parties intégrantes du plan³. »*

L'une des difficultés pour intervenir avec pertinence en faveur de ces patients au long-cours est liée à une connaissance encore souvent erronée de leurs profils et de leurs besoins par les acteurs du territoire.

Une étude de l'IRDES⁴ informe que 64% des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie sont des hommes, dont l'âge moyen est de 47 ans, avec une surreprésentation des patients âgés de 30 à 60 ans par rapport à la population générale. En revanche, pour les plus de 60 ans, les patients au long-cours sont sous-représentés par rapport à la population générale. Cette donnée, contre-intuitive, est en partie expliquée par le fait que les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères connaissent une espérance de vie inférieure de dix à vingt ans à la population générale. La problématique des hospitalisations au long-cours en psychiatrie n'est donc pas prioritairement corrélée à celle de la perte d'autonomie liée à l'âge, quand bien même cet enjeu émerge et interroge la capacité des EHPAD à accueillir des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques.

L'analyse des diagnostics dominants des patients montre que plus de la moitié des patients hospitalisés au long-cours souffrent de troubles schizophréniques. Ce diagnostic

² Extrait du rapport d'information du 18 décembre 2013 de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale relatif à la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : « L'ARS Île-de-France a mené une enquête en 2003 qui a démontré que 75 % des séjours prolongés dans sa région correspondaient à des hospitalisations par défaut » p37

³ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 – Ministère de la Santé – p2

⁴ COLDEFY M, NESTRIGUE C. « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale » Questions d'économie de la santé, Paris, 2014, n°202

est largement surreprésenté (52% versus 22%) par rapport à sa prévalence parmi l'ensemble des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie. Chez ces derniers, ce sont en effet les troubles de l'humeur et troubles névrotiques qui arrivent en première position (44% des patients hospitalisés en psychiatrie en 2011). D'autres diagnostics dominants sont fréquemment rencontrés, et notamment le retard mental, mais la prévalence est bien moindre (25%) que celle des troubles schizophréniques.

Constat pour l'EPS Erasme

A l'EPS Erasme, si les patients hospitalisés au long-cours sont connus par les équipes, aucune étude comparative n'a été menée à ce jour par le groupe de travail concernant leurs profils pathologiques et leurs besoins. Signe d'une mobilisation récente sur le sujet, un questionnaire était en 2016 en cours d'élaboration afin de mieux connaître ces patients et leurs besoins.

Agir en faveur de la réduction des hospitalisations au long-cours en psychiatrie signifie donc, en grande partie, promouvoir des solutions alternatives à des patients de moins de 60 ans souffrant de troubles schizophréniques. Ce mémoire s'intéresse à cet enjeu particulier, quand bien même d'autres profils de patients sont concernés par des hospitalisations au long-cours. L'étude de l'IRDES précise que comparativement aux autres profils, les patients schizophrènes sont faiblement dépendants, mais plus instables, et ont souvent fait l'objet de périodes d'hospitalisation sans consentement au cours de leur parcours. Les auteurs d'une étude relative aux hospitalisations au long-cours⁵ informent ainsi que la psychose masculine est source d'hospitalisation prolongée, « *vraisemblablement du fait de la fréquence des troubles du comportement qui y sont associés, troubles toujours difficilement acceptables dans les établissements autres que psychiatriques, qu'ils soient du champ sanitaire ou médicosocial (...).* » Nous reviendrons sur ces difficultés « d'acceptation » des institutions sociales et médico-sociales, mais il s'agit dans un premier temps de rappeler que l'action en faveur de l'émergence d'alternatives à l'hospitalisation au long-cours s'impose, afin de contribuer au fort potentiel de rétablissement des personnes concernées et encourager leurs projets de vie.

ii) L'espoir du rétablissement malgré les troubles associés à la schizophrénie

La schizophrénie, définie par l'OMS comme un trouble mental se caractérisant par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment

⁵ BENETIER M.P , BRUN-ROUSSEAU H. 2003. « *Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine. Admissions du 1er au 14 octobre 2000 : caractéristiques du séjour hospitalier et de la prise en charge d'amont et d'aval_* ». ERSM-ARH, 101 p.

de soi et du comportement, a longtemps été associée à un pronostic négatif, et notamment à un déclin inévitable des fonctions psychiques et cognitives dans le temps. Cette conception semble encore infiltrer en France les représentations courantes de cette maladie. Cette conviction, erronée, peut dès lors conduire à un relatif abandon d'expérimentations nouvelles pour accompagner les patients autour de projets de vie pensés hors de l'hôpital. L'objectif est ici de montrer qu'il est possible de « sortir » et de « s'en sortir » pour une personne souffrant de troubles schizophréniques, même sévères, à condition d'être soutenu dans le processus de dépassement de la maladie.

Si la schizophrénie ne se guérit pas toujours, les études des vingt dernières années ont en revanche démontré qu'une personne souffrant de troubles schizophréniques peut se « rétablir » de sa maladie. Nicolas Franck, responsable d'une équipe de recherche travaillant sur la schizophrénie à l'Institut des sciences cognitives du CNRS affirme que le fait d'envisager la possibilité de « se rétablir » de la schizophrénie *« constitue une notion qui a changé la vision de cette pathologie au cours de la dernière décennie ⁶»*.

Bernard Pachoud⁷, psychiatre et professeur de psychopathologie, présente en ces termes la notion de « rétablissement » : elle *« correspond à un mode de dégagement ou de sortie de la maladie mentale »* mais *« doit être cependant distinguée des notions de guérison – au sens de disparition de la maladie – ou même de rémission - qui renvoie à l'atténuation ou à la disparition au moins temporaire, des manifestations symptomatiques de la maladie. En fait, le rétablissement ne caractérise pas l'évolution de la maladie mais le devenir de la personne »*. Cette notion peut dès lors se résumer par « vivre sa vie au-delà de la maladie ». Bernard Pachoud précise alors que [...] *« se donner comme objectif le rétablissement plutôt que la guérison [...] implique donc un déplacement de l'attention, qui se détache de la maladie et des facteurs de son évolution pour se porter vers ce qui est désormais l'enjeu principal : le réengagement dans une vie active, l'optimisation des conditions de vie quotidienne et de vie sociale »*.

Le processus de rétablissement des personnes est fondé sur trois concepts essentiels :

- l'espoir, à savoir le fait pour la personne et son entourage d'entretenir la motivation et l'espérance d'une vie personnelle épanouie
- être « acteur » de sa santé et de sa vie en retrouvant un sentiment d'autodétermination
- trouver des opportunités en vue de son inclusion sociale et/ou professionnelle, et tirer profit des circonstances pour atteindre des buts positifs

⁶ MARTIN B, FRANCK N. « Rétablissement et schizophrénie » ; EMC - Psychiatrie 2013 0(0) :1-9

⁷ PACHOUD B « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. », L'information psychiatriques, 2012 ; 88 ; p 257-266

Ces dernières années, deux grandes séries de données sont venues remettre en question une conception trop pessimiste du devenir des personnes atteintes de schizophrénie. Le mouvement des usagers, particulièrement puissant aux Etats-Unis, et constitué d'anciens patients, s'est organisé pour défendre l'idée qu'il est possible de « s'en sortir » avec une schizophrénie et légitime pour les personnes de continuer à jouer un rôle dans la société, à commencer dans leurs décisions relatives à leurs soins, le credo de ce mouvement affirmant haut et fort « nothing about us without us ». De nombreux témoignages⁸ d'anciens patients « rétablis » sont alors venus soutenir le mouvement.

Une seconde série de données est issue de la littérature scientifique, et notamment d'études longitudinales⁹ sur le devenir à long-terme des personnes schizophrènes. Ces études démontrent des évolutions favorables, du handicap léger au rétablissement, pour, selon les études, 21 à 57% des sujets ayant participé à ces recherches.

iii) Accompagner le rétablissement de patients souffrant de troubles schizophréniques requiert des interventions centrées sur la personne et promouvant son insertion au sein d'un environnement ouvert sur la cité

La possibilité du rétablissement de patients souffrant de schizophrénie est ainsi bien réelle, mais encore faut-il, pour soutenir le processus, passer d'une perspective médicale centrée sur la maladie à des modalités d'accompagnement centrées sur la personne et son devenir.

Le constat que les maladies mentales sévères sont invalidantes et retentissent sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent n'est plus tout à fait récente. Les usagers et leurs représentants se sont en effet mobilisés depuis plusieurs décennies pour faire émerger la notion de « handicap psychique », et la loi du 11 février 2005¹⁰, en reconnaissant qu'une altération des fonctions psychiques peut engendrer une situation de handicap, est ainsi venu donner de plein droit une existence aux personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères en tant que publics cibles des politiques de handicap.

Cependant, si le regard sur la maladie et ses répercussions a évolué, un combat reste à mener : celui des modalités de soins et d'accompagnements pertinents pour soutenir les personnes concernées. Bernard Pachoud affirme ainsi que les effets de la

⁸ Voir par exemple l'ouvrage de Luc Vigneault *Je suis une personne, pas une maladie*.

⁹ voir notamment DAVIDSON L, MCGLASHAN TH. « The varied outcomes of schizophrenia. » *Can J Psychiatry* 1997;42:34–43.

¹⁰ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

maladie psychiatrique « ont longtemps été considérés comme la conséquence directe de la maladie, et liés à l'évolution de cette dernière, avec l'idée que c'est en traitant la maladie qu'on pouvait espérer en réduire les conséquences »¹¹. Telle est aujourd'hui, en France, la finalité des soins prodigués par les médecins en psychiatrie. Or, les tenants du modèle du rétablissement démontrent que ce présupposé est aujourd'hui remis en cause : « L'impact de ces maladies chroniques sur la vie des patients n'est pas déterminé seulement, ni directement, par la maladie, et n'évolue pas de façon parallèle ou corrélée à son évolution. De nombreux autres facteurs influent aussi sur les capacités fonctionnelles des patients, aujourd'hui considérées comme une dimension importante qui conditionne l'autonomie et la qualité de vie de ces personnes, mais aussi comme une dimension à part entière, presque autonome, distincte de la maladie et non-réductible à cette dernière »¹².

Ce changement de perspective est notamment lié au constat que si les progrès thérapeutiques donnent des résultats satisfaisants au plan des symptômes, ils laissent persister des limitations fonctionnelles et un désavantage social, lié notamment à la stigmatisation des personnes schizophrènes. Bernard Pachoud mentionne en effet qu'« une atténuation des symptômes avec un traitement médicamenteux ne préjuge pas d'une amélioration de la vie sociale de la personne, qui reste parfois, en dépit de cette amélioration symptomatique, désœuvrée, isolée, socialement exclue ; alors qu'à l'inverse, certains patients dont les symptômes sont résistants au traitement (ceux qui par exemple conservent « leurs voix ») retrouvent une activité régulière et une insertion sociale dans des environnements adaptés, par exemple grâce à une activité régulière de travail en Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)»¹³. Par ailleurs, les maladies mentales étant aujourd'hui considérées comme des maladies chroniques évolutives, avec une guérison improbable, il s'agit bien d'agir sur d'autres déterminants de bien-être que la seule dimension médicale.

Si le processus de rétablissement est éminemment subjectif, les institutions et professionnels de santé et de services sociaux peuvent très largement influencer sur les trajectoires des personnes concernées. En effet, l'espoir, par exemple, chez la personne malade, ne peut émerger que si ce potentiel de réinsertion et de réalisation de ses projets de vie est soutenu par les professionnels et son entourage. Ainsi, Luc Vigneault, ancien

¹¹ PACHOUD B. « Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel » *Santé Mentale*, 2015 ; 202 : p 22-28

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

patient schizophrène, confie dans le chapitre « Les allers-retours d'un battant » de son ouvrage¹⁴ deux discours antinomiques entendus à l'hôpital:

« J'étais alors un adepte fidèle du phénomène de la porte tournante, pris dans le cercle vicieux des allers-retours en institution. Lors d'un de mes nombreux voyages en institution psychiatrique, j'ai reçu un verdict sans équivoque : « Vous êtes fini. Votre proche est fini. Votre proche ne pourra plus jamais travailler, ni avoir une vie sociale ou sentimentale. » Autour de la table, mes proches, le travailleur social, tous les soignants et le psychiatre restent silencieux. Le verdict est sans appel soutient le psychiatre. Tout se bouscule dans ma tête. Je suis un homme jugé, condamné qui ne peut et ne doit pas résister. Avec tous les médicaments que j'ai dans le corps, pourrait-il en être autrement ? « Votre proche souffre d'une maladie mentale grave ». Tout à coup, pris de vertiges, mes proches sont complètement abattus, impuissants.» (p39)

« [...] La direction de l'hôpital transfère mon dossier à une autre équipe [...]. [...] L'équipe m'expose d'emblée que la maladie mentale n'est pas un mal incurable. Selon plusieurs études, une grande proportion des patients pourrait espérer avoir une très belle qualité de vie, et ce, en utilisant, un traitement approprié. Au cours de cette rencontre, les membres de l'équipe ne me demandent ni de résumer mon diagnostic, ni de décliner la liste de mes médicaments : un miracle ! [...] La meilleure médecine pour recouvrer un équilibre me dit-on, est de trouver un sens à sa vie. Dans une autre rencontre, une intervenante me demande : « As-tu des rêves, des ambitions, Luc ? [...] Trouve une chose qui te passionne et tu reviendras m'en parler » me dit-elle. » (p41)

L'accompagnement du rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux implique donc d'être soutenu par une vision clinique qui dépasse la maladie, laquelle doit être portée et valorisée dans les projets institutionnels des services et établissements concernés. Les pratiques des professionnels peuvent, les concernant, être adaptées à l'aide d'outils dits de « réadaptation psychosociale » tels que des modules de psychoéducation pour la personne et ses proches, les thérapies cognitivo-comportementales, l'entraînement aux habiletés sociales ou encore les thérapies de remédiation cognitive. Ces outils sont aujourd'hui recommandés par la recherche grâce à l'accumulation de « preuves empiriques », de « résultats probants »¹⁵ et sont enseignés dans le cadre de diplômes universitaires¹⁶.

¹⁴ VIGNEAULT L, QUINTAL M-L. 2003, *Je suis une personne, pas une maladie*, Québec : Performance Edition, 337 pages

¹⁵ LECOMTE T, CORBIERE M, LECLERC C « Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatriques : auxquelles accorder la priorité et pourquoi ? » *La revue canadienne de psychiatrie*, 2014 ; 59 (4) ; p 196-202

¹⁶ <http://www.remediation-cognitive.org/se-former>

Constat pour l'EPS Erasme

L'EPS Erasme a ouvert en décembre 2015 son premier hôpital de jour de réhabilitation psychosociale, et l'axe réinsertion-réhabilitation constitue un volet majeur du nouveau projet stratégique de l'établissement 2016-2020. Cet axe est par ailleurs soutenu par son inscription aux priorités du plan de formation 2016. Il s'agit donc de constater le dynamisme actuel de l'institution en faveur de la promotion du rétablissement des patients. Mais force est de constater que cet engagement autour de ces notions est récent, et requiert encore du temps de formation des professionnels socio-éducatifs, soignants et médicaux avant d'être pleinement déployé. A titre d'exemple, aucun médecin de l'hôpital n'est à ce jour titulaire d'un diplôme de réhabilitation psychosociale.

Mais au-delà des outils, la promotion du rétablissement passe par l'adaptation de l'environnement des personnes, qu'il soit matériel et humain. Bernard Pachoud précise que cet environnement peut « *apporter un soutien et une forme de compensation aux difficultés, ou au contraire aggraver les problèmes d'adaptation et d'insertion* »¹⁷ : la proposition d'alternatives à l'hospitalisation à travers l'accès et le maintien au logement est, de ce fait, primordiale. Un guide, proposé aux patients par l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, intitulé « *Partir en « appart »* »¹⁸, est ainsi introduit :

« Ce guide s'inscrit dans la perspective du rétablissement et de la pleine citoyenneté qui vise le développement de l'autonomie des personnes, leur épanouissement personnel dans la communauté et l'émergence de leur plein potentiel.

Dans ce contexte, l'accès au logement pour la personne avec des problèmes de santé mentale fait partie de la normalité et doit être favorisé dans la mesure où il s'agit du désir de la personne et qu'elle a les moyens et le soutien nécessaire pour le faire. [...] Avec ou sans problème de santé mentale, la plupart des gens souhaitent vivre en logement, avoir une vie sociale et intime satisfaisante, contribuer à la communauté. Le type de logement recherché peut varier d'une personne à l'autre ; certains peuvent vouloir vivre seuls, d'autres en colocation [...]. Pour d'autres, l'encadrement fourni par un hébergement en ressources résidentielles supervisées peut s'avérer nécessaire. Il importe cependant de ne pas considérer d'emblée cette dernière solution comme généralement nécessaire ou la meilleure, mais soutenir autant que faire se peut, les personnes dans leur aspiration vers une plus grande autonomie.

Dans ce contexte, la notion d'espoir est primordiale. L'espoir de la personne qui aspire à son autonomie et à sa liberté. Mais aussi l'espoir de l'équipe de soutien quant au potentiel de la personne. Sans cet élément essentiel, point de rétablissement.»

¹⁷ PACHOUD B. « Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel » *Santé Mentale*, 2015 ; 202 : p 22-28

¹⁸ GELINAS N, BISSON J. et alli, 2015 Partir en appart. Formation pour partir et vivre en appartement. Mon guide personnel, Montréal : IUSMM, 112 p

Après avoir rappelé des données inquiétantes concernant le nombre d'hospitalisations au long-cours en psychiatrie en France, nous avons identifié les profils des patients concernés et leurs besoins. Dans le cadre d'une vision de la psychiatrie fondée sur le rétablissement, la plupart des hospitalisations prolongées pour les patients schizophrènes ne sont pas justifiées, et les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales françaises devraient être organisées autour d'alternatives pour l'accès et le maintien au logement des patients souffrants de troubles psychiatriques sévères. On peut cependant à ce jour faire le constat d'une situation française encore trop éloignée de ces recommandations de bonnes pratiques.

b) Le constat français d'une offre sanitaire psychiatrique inadéquate pour les usagers, et inefficace d'un point de vue organisationnel

i) Une prise en charge sanitaire « totale » qui se révèle insatisfaisante pour le rétablissement du patient et incite à la prolongation des hospitalisations

Il serait erroné d'affirmer que l'hôpital psychiatrique ne s'est pas ouvert sur la cité au fil de son histoire. Bien des progrès ont été constatés depuis les asiles du XIX^{ème} siècle, la vision actuelle de la psychiatrie française promouvant l'intégration sociale du patient dans son environnement, à l'aide de soins et de services de proximité. Depuis la publication d'une circulaire fondatrice en 1960¹⁹, l'offre hospitalière psychiatrique française s'est organisée autour du « secteur », à savoir une aire géo-démographique de proximité au sein de laquelle une équipe pluriprofessionnelle se coordonne pour la délivrance des soins. L'équipe assure, au sein de différents lieux de soins, dont son hôpital de référence, la couverture globale des besoins de santé mentale des résidents du secteur: prévention, soin, postcure et réadaptation. Cette évolution a notamment été rendue possible par le développement dans les années 1950 de nouvelles techniques de traitement, et notamment l'émergence des neuroleptiques.

Le développement du secteur s'est alors accompagné d'un mouvement de « désinstitutionnalisation », qui s'est concrétisé par une réduction du nombre de lits, et d'une baisse drastique des patients uniquement suivis en hospitalisation à temps plein. Une étude de l'IRDES²⁰ sur l'évolution des dispositifs de soins psychiatriques rappelle que

¹⁹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

²⁰ COLDEFY M, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences » Questions d'économie de la santé, Paris, 2012, n°180

le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein s'est ainsi réduit de moitié, entre 1960 et 2011, passant de 120 000 à 55 000. 2000 centres médico-psychologiques, 19 000 places d'hospitalisation partielle et 1000 centres d'activité thérapeutique à temps partiel ont alors été développés afin de constituer une offre de soins complémentaires de proximité au sein de chaque secteur.

L'étude, qui compare cette évolution avec celle des dispositifs de soins allemands, anglais et italiens, se révèle néanmoins critique à l'égard de la France, qui n'aurait pas achevé sa réelle « désinstitutionnalisation ». Après avoir rappelé que le ratio de lits d'hospitalisation à temps plein français (88 pour 100 000 habitants en 2010) était bien plus élevé que celui de l'Allemagne (66) ou de l'Italie (17), l'auteur de l'IRDES affirme que le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière à temps plein reste insuffisant :

« Bien que des structures alternatives établies au plus proche du lieu de vie des patients se soient développées ainsi que des structures et services sociaux et médico-sociaux, d'importantes disparités demeurent en matière d'offre et d'organisation des soins entre les territoires et la prise en charge est souvent restée très hospitalo-centrée ».

Puis l'auteur constate le déficit français concernant le décloisonnement intersectoriel de l'accompagnement des patients:

« Au regard de ses voisins européens, la situation française présente un certain retard [...] en matière de développement des structures d'hébergement et services d'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques dans sa vie quotidienne. La prise en charge de la maladie mentale en France a longtemps été gérée essentiellement par le secteur de psychiatrie, avec une vision souvent « totalisante » de ses missions. L'articulation avec le secteur social et l'approche globale de la prise en charge avec les autres acteurs du champ sanitaire et social (médecine de ville, établissements de santé privés, services d'accompagnement social et médico-social) y restent insuffisamment développées. L'implication des usagers et de leurs proches dans le projet thérapeutique, à travers notamment les concepts de rétablissement et d'empowerment ou de responsabilisation, comme dans l'exemple anglais, demeure embryonnaire en France. Pensée en termes sanitaires, la prise en charge française de la santé mentale ne tient pas assez compte des différentes dimensions de la vie quotidienne (hébergement, accès à l'emploi, à la formation, notamment) alors qu'elles participent fortement à la qualité de vie et au maintien ou à l'intégration sociale des personnes confrontées à un trouble psychique ».

Les constats de l'auteur font écho à ce qui peut être observé dans la majorité des hôpitaux psychiatriques français aujourd'hui, établissements qui sont encore imprégnés d'une approche « totalisante » de la personne, fondée sur une intention pourtant louable

des institutions, puisque visant le bien-être de la personne au sein de l'hôpital.

Louise Marchand, éducatrice spécialisée devenue gestionnaire d'un hôpital au Québec, illustre l'hospitalocentrisme des années 1970²¹ par ces propos:

« Ainsi, pour meubler la vie des patients, puisqu'ils ne sortaient jamais, l'hôpital comprenait, en plus de ces pavillons de soins, un magasin, un restaurant, un casse-croûte, un cinéma, une salle de quille, un gymnase et des cours intérieures où les équipes de base-ball formées de patients des diverses unités se faisaient compétition. A l'occasion, on y tenait des soirées dansantes, et chaque année, l'hôpital organisait ses propres Olympiques et son Carnaval. [...] Au lieu d'inclure les patients à la communauté et de partager avec eux la vie de tous les jours, on recréait plutôt une imitation de société...en marge de celle-ci.

La fatalité qui semblait habiter les usagers face à leur avenir dans l'hôpital me troublait. Heureusement, quelques-uns retournaient vivre dans la communauté et s'y maintenaient. Avec quelques collègues, je partageais ma consternation de ne pas pouvoir envisager cette avenue pour la majorité. Nous étions conscients de leur potentiel non actualisé, mais nous ne pouvions que constater, sans plus ». (p262)

Si des progrès peuvent être constatés en 2016 en France, il reste commun de pouvoir participer au sein des hôpitaux psychiatriques à une multitude d'activités culturelles et sportives, qui, malgré leur dimension thérapeutique, puisque animées par des art-thérapeutes, infirmiers, ergothérapeutes ou éducateurs spécialisés, tendent à isoler les patients du reste de la communauté, et d'autant plus lorsque ces activités ont pour objectif la création d'œuvres sur un temps long (concert, exposition, représentation théâtrale..). Si ces activités sont bénéfiques en termes de re-narcissisation, de développement de liens sociaux ou encore de dépassement de la maladie, les projets dans lesquels s'inscrivent les patients les incitent à maintenir des liens ténus avec l'hôpital, ce qui freine l'émancipation progressive de la personne à l'égard de l'institution après l'hospitalisation, et, dans les situations les plus alarmantes, les rend dépendants de l'établissement, prolongeant de fait l'hospitalisation. Par ailleurs, le temps mobilisé sur ces activités, entre patients, n'est pas consacré à la mobilisation de la personne concernant son inclusion sociale dans la cité.

Ainsi ce phénomène est-il commenté dans l'ouvrage *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment*²² :

²¹ MARCHAND L « Un nouveau mode de gestion selon un modèle de rétablissement » dans VIGNEAULT L, QUINTAL M-L. 2003, Je suis une personne, pas une maladie, Québec : Performance Edition, 337 pages

²² GREACEN T, JOUET E (dir). 2012, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Paris : Erès, 327p

« Nombre de services psychiatriques et médico-sociaux tentent de répondre seuls et de façon immédiate aux besoins sociaux, physiques, émotionnels et spirituels des gens. Mais ce faisant, ils créent malgré eux des ouvertures artificielles et stigmatisantes, et mettent à mal l'aptitude des gens à rester en lien avec les réseaux naturels et les véritables possibilités offertes par la société.

[...]

Les structures de soins qui s'engagent à promouvoir le lien social et l'appartenance à la cité doivent prendre en compte deux considérations principales :

-Elles doivent tout d'abord, avant même de mettre au point une démarche d'accompagnement, prendre en compte les milieux naturels dans lesquels s'exercent la libre orientation des individus, les rapports sociaux spontanés et les initiatives locales accessibles au grand public ;

-Ensuite, toute réponse impliquant les services d'accompagnement devrait être considérée comme artificielle et temporaire, et fournie de façon à rétablir les liens naturels avec soi-même, avec les autres et avec la collectivité, pour ensuite retirer ces structures artificielles de soutien en toute sécurité.»(p53)

Constat pour l'EPS Erasme

L'EPS Erasme, depuis sa création en 1984, a su forger son identité et sa spécificité autour de la mise en place de nombreux programmes liant le soin et l'art, et l'établissement est récompensé à cet égard pour la diversité de ses propositions par le label Culture & Santé de l'ARS Ile-de-France. La tenue d'ateliers culturels en dehors du cadre de l'hôpital, et au sein d'un environnement dit « ordinaire », est en revanche encore partielle et récente. La majorité des séances mobilisant le chant, le théâtre, l'écriture ou l'art plastique ont lieu au sein du site d'hospitalisation ou en hôpital de jour. Les dispositifs évoluent cependant, une intervenante en écriture et lecture poétique proposant à des patients de participer à des séances proposées à la médiathèque de la ville et ouvertes à tous les habitants d'Antony.

La nouvelle plate-forme de réhabilitation psychosociale participe pour sa part au développement d'activités visant l'acquisition de compétences directement liées à l'insertion professionnelle des patients.

Un des défis majeurs à venir de l'hôpital psychiatrique public consiste ainsi à réinterroger la pertinence de ses interventions et à investir prioritairement celles qui développent le potentiel de réinsertion des personnes accueillies, afin d'éviter de participer indirectement à la chronicisation des pathologies, aux difficultés fonctionnelles qui y sont liées, et à l'allongement des durées d'hospitalisation. Une telle réorientation des prises en charge participerait par ailleurs à un recentrage du système hospitalier psychiatrique sur certaines de ses missions essentielles qu'il a aujourd'hui des difficultés à accomplir.

ii) Des moyens hospitaliers dévoyés alors que les défis auxquels est confrontée la psychiatrie publique sont nombreux

En plus de se révéler peu pertinentes - voire délétères - pour les personnes, les hospitalisations au long-cours à l'hôpital posent la question de la juste allocation des moyens, alors même que l'hôpital public fait face à des difficultés pour répondre à d'autres missions fondamentales que lui seul est en mesure d'assurer, et pour lesquelles des « dysfonctionnements » peuvent être identifiés, faute, entre autres, de « moyens ».

Ces termes sont ceux utilisés par le dernier diagnostic officiel posé à l'égard de l'organisation de la psychiatrie française, à savoir le rapport d'information du 18 décembre 2013 déposé par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, et présenté par le député Denys Robilliard, en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Dans la partie consacrée au bilan de l'organisation du système de santé mentale²³, le rapport fait état de plusieurs difficultés auxquelles la psychiatrie française publique est confrontée :

L'organisation en secteur, qui suppose l'existence d'un domicile fixe et identifié, ne permet pas de répondre avec pertinence et réactivité aux besoins de santé des populations pourtant particulièrement vulnérables que sont les personnes précaires, sans logement, et les demandeurs d'asile.

Un autre enjeu est celui de l'accès difficile à une première consultation. Le rapport pose un diagnostic alarmant en la matière : « *le délai d'attente pour un premier rendez-vous peut atteindre jusqu'à six mois, notamment en pédopsychiatrie. La Cour des comptes²⁴ cite un délai supérieur à un mois pour une première consultation dans 20 % des secteurs de psychiatrie adulte et dans 60 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile [...]».*

Le cloisonnement entre les soins psychiatriques et les soins somatiques est également dénoncé. Magali Coldefy, dans son étude comparative sur l'organisation des soins psychiatriques en France, Angleterre, Italie et Allemagne²⁵ notait l'intégration inégale entre les quatre pays de la psychiatrie à l'hôpital général, et le fait qu'en en 2010, en France, « *les deux tiers des lits de psychiatrie se situent toujours dans des établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales* ». En l'absence d'organisation venant pallier cette séparation, de nombreux patients psychiatriques souffrent d'un manque de suivi somatique. Le rapport Robilliard informe notamment

²³ Le titre de la partie concernée s'intitule « Un bilan décevant : des dysfonctionnements et une insuffisance de moyens »

²⁴ Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

²⁵ COLDEFY M, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences » Questions d'économie de la santé, Paris, 2012, n°180

qu'une étude de cohorte menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de 1993 à 1999 a démontré une mortalité 3,7 fois supérieure à la moyenne nationale des patients schizophrènes. Si la première cause de décès est le suicide, les maladies cardiaques ou infectieuses sont également surreprésentées.

L'hôpital public dispose de l'ingénierie nécessaire pour répondre à l'ensemble de ces défis : à titre d'exemple, des projets d'équipes mobiles spécialisées pour les patients précaires (EMPP – équipes mobiles psychiatrie précarité) peuvent être élaborés, des infirmiers peuvent être formés au 1^{er} entretien en CMP afin de réduire les délais d'attente et des unités de soins somatiques peuvent être organisées. Mais toute création de nouveau projet ou de montée en compétence des professionnels requiert des moyens, souvent difficiles à mobiliser auprès des Agences Régionales de Santé (ARS). Or ces moyens pourraient être mobilisés en interne si les hospitalisations au long-cours non-adéquates étaient réduites. En effet, nul doute que la décision d'un établissement de supprimer des lits évalués comme « non-pertinents » - rappelons qu'un quart des lits concernent des hospitalisations au long-cours selon l'IRDES – permettrait une judicieuse réallocation des moyens, favorable aussi bien pour les patients hospitalisés au long-cours que pour l'ensemble de la population requérant des soins en établissement public de santé mentale.

Cette suppression peut par ailleurs constituer une incitation supplémentaire des équipes à la création d'alternatives pour les patients hospitalisés au long-cours. Bien davantage qu'une hypothèse, ce constat est étayé par l'étude de Magali Coldefy et Clément Nestrigue précédemment citée²⁶: selon les analyses des deux chercheurs, « *la densité de lits en hospitalisation temps plein en psychiatrie joue un rôle majeur dans l'explication de la variabilité des taux d'hospitalisation au long cours* » entre établissements. 32% de la variabilité serait ainsi expliquée par cette variable. Les auteurs précisent alors, en s'appuyant sur les travaux menés en 2013 par la FEHAP, dans le cadre d'une étude sur les « séjours longs du court séjour »²⁷ que « *toutes choses égales par ailleurs, plus l'offre de lits en hospitalisation temps plein sur le territoire est importante, plus le recours à l'hospitalisation au long cours est élevé et inversement. Une moindre contrainte sur la gestion des lits des établissements peut ainsi créer des conditions peu incitatives à la sortie des patients* ».

²⁶ COLDEFY M, NESTRIGUE C. « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale » Questions d'économie de la santé, Paris, 2014, n°202

²⁷ VIGNERON E., HAAS S. 2013. *Les séjours longs du court séjour : une approche territoriale*. Paris, Fehap, 140 p.

iii) L'absence d'incitation financière à la logique de parcours en psychiatrie

Les arguments cliniques incitant à la réduction du nombre d'hospitalisations au long-cours, associés au rappel des autres défis auxquels doit s'atteler la psychiatrie publique devraient conduire à l'évolution rapide des pratiques. Il semble cependant qu'à ce jour, un des leviers essentiels du changement ne soit pas activé pour accélérer le processus, à savoir l'incitation financière à la pertinence des séjours en psychiatrie.

Les activités de psychiatrie sont actuellement financées par une dotation annuelle de fonctionnement (DAF). La dotation comprend les prises en charge en hospitalisation complète, hôpitaux de jour, CATTP et CMP. Ces dotations, fixées par arrêté du directeur général de l'ARS, reposent sur des budgets historiques qui sont reconduits annuellement, en intégrant un coefficient de modulation qui tient compte de l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ces dotations constituent pour les établissements publics de santé spécialisés en santé mentale plus de 90% de leurs recettes. Dès lors, les établissements, contraints par de très fortes charges de personnel²⁸, et par ailleurs soumis à une tension budgétaire accrue depuis 2015, dans le cadre du plan triennal d'économies mis en œuvre par le ministère de la santé, sont réticents à mettre en œuvre une réduction de leur nombre de lits qui pourrait conduire à une révision de leur dotation, et bouleverser alors leur fragile équilibre budgétaire. En effet, à ce jour, aucun texte n'est venu garantir le maintien intégral du montant d'une dotation historique dans l'éventualité d'un redéploiement de moyens en interne, quand bien même tous ces moyens contribueraient à une amélioration de l'offre de soin. Dans l'incertitude, les établissements préfèrent alors répondre à des appels à projets spécifiques, pilotés par l'ARS, leur permettant d'obtenir des crédits supplémentaires²⁹, plutôt que de réévaluer et faire évoluer leur offre structurelle historique (nombre de lits et places).

La seule conséquence financière de durées excessives d'hospitalisation pour un établissement de santé est liée à l'exonération prévue par la réglementation, pour le patient, du paiement du ticket modérateur et du forfait hospitalier au delà de son 31^{ème} jour d'hospitalisation³⁰. Cette perte de recettes est néanmoins minime, la part des « autres produits de l'activité hospitalière » (titre 2 des recettes hospitalières) d'un hôpital psychiatrique avoisinant 5% du total des recettes. Si l'impact néanmoins réel sur les

²⁸ Les charges de personnel représentent près de 80% des dépenses d'un hôpital psychiatrique public.

²⁹ A titre d'exemple, l'ARS Ile-de-France a partiellement financé au cours des deux dernières années des projets cohérents avec les axes de son Plan régional de Santé, concernant l'offre de soins somatique en psychiatrie, ou encore l'offre de gérontopsychiatrie. (données budgétaires 2014 et 2015 de l'EPS Erasme)

³⁰ <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur.php>

recettes peut inviter les établissements à travailler autour de leur durée moyenne de séjour, il n'est pas suffisant, à lui-seul, pour inciter à la restructuration de l'offre de lits de l'hôpital.

Cette absence relative d'incitation pourrait justifier une évolution rapide du mode de financement des activités de psychiatrie. Ce statu-quo détonne en effet quand on sait combien l'offre hospitalière du secteur des soins en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a pour sa part été considérablement recomposée en une décennie suite à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) en 2004. Il semble cependant qu'aucune évolution ne soit envisagée à court-terme en psychiatrie. En effet, le rapport au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé, rédigé par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), annonçait en 2014 que *« s'agissant du financement de la psychiatrie, les travaux préparatoires [à l'évolution du mode de financement] se sont heurtés dans le passé à l'absence de données fiables sur l'activité et sur les coûts mais surtout à l'hétérogénéité des pratiques et au manque de définition réglementaire de l'activité »*, et que par conséquent, les travaux actuellement menés *« permettront à long terme [seulement] d'envisager une classification adaptée à l'activité de psychiatrie et, sur cette base, d'être en mesure de mener une réflexion sur le financement de parcours types ou des modes de prise en charge issus de référentiels³¹ »*.

Ainsi avons-nous vu au terme de cette partie que la problématique des hospitalisations au long-cours en psychiatrie constitue un défi de politique publique majeur, avant tout en raison de la perte de chance de rétablissement que peuvent constituer pour les personnes concernées ces séjours prolongés inadéquats. Les personnes souffrant de troubles schizophréniques sévères ont besoin, pour reprendre espoir et mettre en œuvre leur projet de vie malgré la maladie, d'un lieu de vie intégré à la cité, au sein duquel des soins peuvent être délivrés, et non d'un lieu de soin hospitalier qui devient peu à peu leur unique lieu de vie. Les pouvoirs publics auraient par ailleurs tout intérêt à accompagner cette évolution afin de réallouer les moyens à une amélioration nécessaire, à différents égards, de l'offre de soins des établissements de santé mentale.

Cette partie a été très largement consacrée aux hôpitaux psychiatriques publics, en ce qu'ils sont les premiers concernés par ces hospitalisations au long-cours. Les établissements en sont les acteurs-clefs, en tant que plate-forme d'accueil, lieux « capteurs » des patients, et à ce jour perçus comme centres d'expertise de la prise en charge de la schizophrénie. Dès lors, l'engagement vers la création d'alternatives à l'hospitalisation au long-cours ne pourra s'intensifier que lorsque les communautés hospitalières seront convaincues, d'une part, que le soin ne suffit pas pour permettre à

³¹ Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé, p49-50

une personne de « se rétablir », et d'autre part, que l'environnement hospitalier, aussi bienveillant soit-il, peut aggraver les difficultés d'insertion de la personne.

Si le mode de financement actuel de l'hôpital psychiatrique n'encourage pas la restructuration des hôpitaux autour d'une vision décloisonnée de l'accompagnement, d'autres acteurs du changement peuvent être identifiés, à savoir les usagers et les professionnels à travers leurs revendications et initiatives locales, ainsi que les partenaires sociaux et médico-sociaux. Mais l'enjeu est alors de répartir, avec clarté et confiance mutuelle, les responsabilités des différents intervenants à l'égard des personnes accompagnées.

2 Le défi de l'accès et du maintien au logement des patients hospitalisés au long-cours dans un contexte de répartition imprécise des responsabilités entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Des travaux majeurs autour de la fluidification du parcours des personnes en situation de handicap sont menés en France depuis la publication du rapport de M. PIVETEAU « *« Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* ». Depuis novembre 2015, Mme DESAULLE conduit ainsi la mission « *Une réponse accompagnée pour tous* », qui a pour objectif de mettre en œuvre des préconisations visant à « *ne plus laisser jamais personne au bord du chemin* ». Le rapport PIVETEAU préconise notamment une réorganisation des MDPH (Maison Départementale des personnes handicapées) non pas autour de la notion de "place" mais de "réponse », et la mission poursuit des actions autour de quatre axes :

- Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent [des MDPH]
- Déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous
- Soutien par les pairs
- Accompagnement au changement des pratiques

Concernant le secteur spécifique de la santé mentale, l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) conduit depuis 2013 trois projets visant à construire des outils susceptibles d'aider les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à se coordonner autour du projet de vie des personnes. Suite à la publication de deux documents proposant des retours d'expériences au sujet de la reconversion de structures sanitaires

en établissement médico-social³², puis des interventions à domicile des équipes de psychiatrie³³, l'ANAP a élaboré une méthodologie permettant à la pluralité des intervenants en santé mentale d'un territoire d'établir des diagnostics territoriaux partagés du parcours en psychiatrie et santé mentale (DTPSM)³⁴. Le diagnostic est élaboré autour de cinq problématiques-clefs qui peuvent être à l'origine de ruptures dans les parcours des personnes: l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques, la prévention et la gestion des situations de crise, l'accès aux soins somatiques, l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, et les hospitalisations inadéquates.

Les pouvoirs publics semblent donc aujourd'hui se saisir de ces enjeux, mais la réalisation des travaux à l'échelle locale prend du temps, et ce d'autant plus dans un contexte de reconfiguration des cadres de coopération (création des groupements hospitaliers de territoire, attente du décret relatif aux futures communautés psychiatriques de territoire). Concernant la prise en charge du handicap psychique, toutes les publications partagent le même constat d'un manque de coordination entre secteurs sanitaire et médico-social, menant à des parcours encore semés d'embûches, et dont la fluidité a été insuffisamment travaillée au cours des décennies passées. Après avoir évoqué en première partie, du point de vue de l'hôpital, les causes de ce constat concernant les hospitalisations au long-cours des patients souffrant de troubles schizophréniques sévères, il s'agit désormais d'explorer précisément comment, à partir d'un territoire identifié, cette difficulté se concrétise en termes d'accès et de maintien au logement des patients.

Le choix de cette focale sur le logement s'explique par la nécessité première, pour un établissement psychiatrique, d'aider le patient à trouver un lieu de vie autre que l'hôpital lorsque son hospitalisation au long-cours n'est pas justifiée. Le logement est en effet « là où tout commence » pour un patient en processus de rétablissement, puisqu'un nouvel environnement « ordinaire », visant l'insertion au cœur de la cité, s'offre à lui. Le choix de l'unique mention du « logement », et non de l'« hébergement », vient également rappeler que l'institutionnalisation en structure médico-sociale (Foyer d'accueil médicalisé ou Maison d'Accueil Spécialisée) n'est pas toujours la solution à privilégier pour les profils de patients qui sont étudiés ici, à savoir les personnes souffrant de troubles schizophréniques sévères sans déficience cognitive majeure associée. Or, c'est justement, entre autres, parce que cette logique de placement a longtemps prévalu sur celle de l'accompagnement que les dispositifs d'accès et de maintien au logement sont

³² ANAP 2014, « L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques : Retours d'expérience de reconversions ou de créations », Paris : ANAP 120p

³³ ANAP 2015, Intervention à domicile des équipes de psychiatrie, retour d'expériences, Paris : ANAP 78p

³⁴ ANAP 2015, « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche », Paris : ANAP 25p

encore aujourd'hui fragiles. Ainsi la publication de l'ANAP relative au parcours des personnes en psychiatrie³⁵ commente-elle cette donnée :

« On a pu mesurer à l'occasion des échanges à quel point la logique du placement, à caractère plus ou moins définitif gouverne encore largement les représentations des professionnels sanitaires et médico-sociaux au détriment d'une perspective d'accompagnement évolutif des personnes au domicile ordinaire. Les dispositifs d'accompagnement médico-sociaux (SAMSAH, SAVS) sont encore peu développés, leurs rôles et leurs missions peu identifiés tant par les structures sanitaires que par la médecine de ville (CEDIAS2011 ; CEDIAS2012 ; Peintre 2012). Le fait que l'entrée en soins se fasse souvent par une hospitalisation en situation de crise n'est probablement pas étranger à cette manière de considérer le problème. En effet, l'objectif de l'hôpital est souvent de trouver une place hors les murs une fois la phase aiguë surmontée: établissement si la personne ne peut reprendre un mode de vie autonome ou retour à domicile laissant à la personne elle-même et à la famille la responsabilité exclusive de prendre ses dispositions pour reprendre le cours de la vie ordinaire. Ce sont bien les représentations qui sont en cause: il est difficile à des professionnels hospitaliers de concevoir d'emblée une prise en charge au long cours à partir du domicile ordinaire ou d'un domicile accompagné. »

Cette partie explore les défis auxquels sont confrontés les patients pour lesquels cette orientation est pourtant la plus recommandée, et les réponses à ce jour insatisfaisantes, parce que cloisonnées, des services sanitaires et médico-sociaux. Le territoire sur lequel les observations ont été menées est celui des secteurs de psychiatrie générale de l'EPS Erasme (92). Les données recueillies auprès des professionnels de l'EPS Barthélémy Durand (91) et des hôpitaux de Saint-Maurice (75-94) ont également contribué à élaborer ce diagnostic.

a) Partir des besoins : Identifier les défis de l'accès et du maintien au logement pour les personnes en situation de handicap psychique hospitalisées au long-cours

i) La barrière financière et administrative de l'accès au logement

Sur le plan matériel, une des difficultés majeures des personnes hospitalisées au long-cours et dont le projet est d'accéder à un logement en milieu ordinaire, est celle de la signature d'un bail. Dans un contexte de demande forte de logements en région

³⁵ Ibid

parisienne, et d'une offre limitée, les propriétaires favorisent les locataires bénéficiant d'un emploi stable et/ou de garanties élevées. Or les différentes études ou monographies³⁶ relatives aux patients schizophrènes décrivent une population souvent isolée (le taux de célibat, de divorce, et de personnes vivant seules sont deux fois supérieurs à la moyenne), qui ont pour la plupart des revenus bas, et souvent issus des aides sociales, le trouble psychique et la stigmatisation qui y sont associées limitant l'accès à une activité professionnelle.³⁷ L'isolement s'explique pour sa part en raison des craintes de la société associées à la maladie, ou de l'épuisement qu'implique l'accompagnement pour certains proches.

Les patients sont dans la plupart des cas en situation de demander à bénéficier de l'AAH (allocation pour adulte handicapé), mais ils font alors face à de longs délais d'attente pour le traitement de leur dossier par la MDPH. A cet égard, les structures sociales et médico-sociales rencontrées dans le cadre d'entretiens constatent que le traitement de la requête, pour le département des Hauts-de-Seine, est plus rapide lorsque celle-ci émane de l'hôpital, les intervenants faisant l'hypothèse d'une sensibilisation du département à la question des hospitalisations au long-cours grâce à la présence de médecins hospitaliers au sein de la MDPH. Mais les délais atteignent néanmoins 4 mois en moyenne, retardant de fait la sortie de l'hôpital et la capacité de la personne à payer un loyer.

Faute d'emploi et de proches acceptant de se porter caution, les personnes n'ont pour ainsi dire pas accès au parc locatif privé. Elles sont alors contraintes de déposer une demande de logement social, et sont confrontées, pour le département des Hauts-de-Seine, à plusieurs années d'attente. Le constat s'impose donc : sans intervention d'un intermédiaire pour l'accès au logement (famille, hôpital ou service médico-social), les patients n'ont pas d'autre solution que de rester à l'hôpital, situation, qui, par ailleurs, d'un point de vue strictement matériel leur est avantageuse dans la mesure où l'hébergement est intégralement pris en charge par la sécurité sociale au-delà du 31^{ème} jour d'hospitalisation. Ce faible intérêt financier à agir pour l'obtention d'un logement, ainsi que les difficultés rencontrées lors des démarches, combinées aux troubles de la volition que la maladie entraîne, s'ajoutent aux autres causes précédemment identifiées des inquiétantes statistiques d'hospitalisations au long-cours.

Une précision doit enfin être apportée concernant les éventuels intermédiaires : leur mission est d'autant plus complexe qu'il s'agit, dans l'idéal, de proposer un lieu de résidence pérenne, par exemple à travers des dispositifs de baux glissants. L'objectif du logement est bien de contribuer au processus de rétablissement de la personne. Or, les

³⁶ TONKA P. 2013, Dialogue avec moi-même, un schizophrène témoigne, Paris : Odile Jacob, 227p

³⁷ L'UNION SOCIALE POUR L'HABITAT, 2006, *L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale*, Paris: Les collections d'Actualités habitat ; n°103

patients schizophrènes rencontrant des difficultés en termes de repères et de changement, il s'agit pour eux d'éviter les ruptures, et de leur permettre de s'ancrer dans leur environnement afin de contribuer à leur stabilité. Mais le spectre des intermédiaires pertinents pour répondre à cette exigence supplémentaire est dès lors restreint.

ii) L'accompagnement nécessaire au maintien dans le logement combine des interventions sanitaires et sociales

Au-delà de l'aspect matériel et administratif de la location, l'arrivée dans un logement d'un patient en sortie d'hospitalisation longue requiert un accompagnement adapté afin de garantir le maintien de la personne à ce domicile. Dans le cadre d'un article d'une revue spécialisée sur le sujet³⁸, M. NACHE, délégué national de la fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (AGAPSY) déclare ainsi : « *Je dis souvent que l'accompagnement, c'est le fauteuil roulant de la personne handicapée psychique. Sans lui, l'accès puis le maintien dans le logement ne fonctionnent pas* ». Notre objectif ici est d'identifier les besoins des personnes pour se maintenir, afin de déceler les acteurs pertinents pour la mise en œuvre de leur accompagnement.

Les besoins d'accompagnement des personnes souffrant de troubles schizophréniques sévères sont variables, d'une personne à l'autre, mais également variables dans le temps. Cette première particularité requiert la nécessaire souplesse ou diversité des services d'accompagnement au logement.

Malgré cette variabilité, ces personnes souffrent toutes d'une même pathologie dans le cadre de notre étude, la schizophrénie, pathologie qui a des répercussions importantes sur la perception de la réalité, la représentation de soi et le rapport aux autres:

-La maladie rend la personne vulnérable, et de fait potentiellement angoissée à l'idée de s'installer en dehors de l'hôpital. Il peut dès lors être pertinent de proposer des périodes d'essai et d'évaluation, qui permettent à la personne de cheminer vers son acceptation du changement, et qui sont par ailleurs l'occasion de tester son autonomie et ses limites. Un professionnel témoigne : « *l'évaluation, c'est l'étape préalable qui consiste à se demander : où se situe mon déficit de compétences pour vivre dans un logement ? C'est la personne qui va alors déterminer ce qu'elle souhaite évaluer, comme [par exemple] sa capacité à effectuer des démarches administratives* ». Au-delà de cette période d'évaluation, l'accompagnement est nécessaire pour l'acquisition de repères concernant la réalisation des activités courantes telles que la gestion budgétaire,

³⁸ DELHON L, « Handicap psychique et logement : le rôle clef de l'accompagnement », Lien social, Paris, 2014, n°1147

l'alimentation, et/ou le maintien d'une hygiène personnelle, de la propreté du logement. La gestion de la vie quotidienne est en effet parfois complexe en raison des troubles associés à la maladie (incapacité à décider, à anticiper, incohérence des idées...).

-Vivre seul, c'est également surmonter la solitude, et vaincre le risque important d'isolement pour ces personnes, qui, de par leurs éventuels troubles du comportement, sont stigmatisées et s'auto-stigmatisent. Il s'agit alors pour les accompagnants de rendre fréquemment visite au locataire, et de contribuer au tissage de nouveaux liens sociaux : *« L'évaluation, centrée sur le vécu – Est-ce compliqué sur certaines plages horaires? Êtes-vous sorti tous les jours – vise notamment à faire comprendre que vivre de manière autonome, c'est avoir des relations sociales et des activités extérieures, et qu'il est important de connaître son environnement, son quartier, les transports »*. Mais le soutien doit même aller plus loin, et garantir qu'un projet de vie est associé à l'accès à un logement, le projet étant le meilleur allié de la motivation de la personne pour se maintenir et constituant un rempart face à l'isolement. M. NACHE insiste sur ce point: *« Sans vie sociale ou sans emploi, accéder au logement ne suffit pas, c'est bien toute la complexité à accepter pour élaborer des dispositifs adaptés »*.

-La nécessité d'éviter les ruptures a précédemment été évoquée concernant la nécessaire stabilité du logement. Mais l'exigence est la même en terme d'accompagnement : il s'agit, pour des personnes aux parcours souvent discontinus, de bénéficier de référents relativement stables, qui sécurisent la personne dans ce contexte de changement (passage de l'hôpital vers le logement ordinaire).

« Evaluation », « accompagnement dans la réalisation des activités quotidiennes », « travail autour d'un projet de vie », « référent de parcours », l'ensemble de ces notions fait écho au référentiel métier des travailleurs sociaux. Pour autant, cette dimension de l'accompagnement, dans le cadre du handicap psychique, n'est pas suffisante pour garantir un maintien dans le logement :

Un autre aspect de la pathologie est lié à la non-reconnaissance de la maladie ou de certaines de ses manifestations, ce qui rend parfois difficile l'observance du traitement à domicile, pourtant essentielle pour améliorer les performances dans les autres dimensions de la vie. Il revient ici au personnel soignant de veiller, par des visites régulières, à cette continuité des soins à domicile.

L'instabilité des symptômes est une spécificité du handicap psychique qui constitue une difficulté pour les travailleurs sociaux : Certains professionnels sont récalcitrants à l'idée d'accompagner des personnes souffrant de troubles psychiques sévères dans la mesure où ils ne bénéficient pas de l'expertise soignante et médicale nécessaire pour prévenir et gérer d'éventuelles crises. A titre d'exemple, les équipes médicosociales rencontrées au cours d'entretiens ont ainsi pu faire part de leur crainte à

l'égard de certains troubles du comportement (par exemple l'agressivité contre soi ou les autres) lors de visites au logement qu'elles ne savent pas maîtriser. L'absence d'intervention sanitaire réactive en cas de crise peut alors conduire à des ré-hospitalisations qui viennent rompre le processus de rétablissement des personnes.

Enfin, et surtout, les tenants médicaux de la réadaptation psychosociale rappellent la nécessaire association de soins de réhabilitation au projet de vie de la personne, et donc ici, au projet d'installation dans le logement. L'objectif est d'agir sur le retentissement fonctionnel de la maladie (troubles cognitifs, altération de la cognition sociale, faible motivation...), et d'encourager le patient à se tourner vers le futur, à investir à nouveau le domaine social. Or, ces outils thérapeutiques de réhabilitation que sont la remédiation cognitive, l'affirmation de soi, l'entraînement des compétences sociales, l'éducation thérapeutique et le soutien de la famille relèvent bien, pour leur mise en œuvre, de compétences médicales.

Ainsi cette description des besoins des patients tant du point de vue de l'accès que de celui de l'accompagnement semble nettement faire appel à l'articulation entre différents services, compte-tenu de la diversité des compétences à mobiliser. Mais force est de constater que les offres actuellement proposées demeurent cloisonnées, et se révèlent, de ce fait, insatisfaisantes. Le diagnostic mené sur le territoire des secteurs de psychiatrie de l'EPS Erasme ne déroge pas au constat effectué au niveau national³⁹.

b) Les limites d'un hôpital qui aborderait seul la question de l'accès et du maintien au logement

L'EPS Erasme n'est pas épargné par les hospitalisations au long-cours de patients, comme les données précédemment présentées l'ont montré. Pourtant, l'établissement a mis en place depuis de nombreuses années un dispositif visant à favoriser la réinsertion des patients : création d'une unité intersectorielle de réinsertion, plate-forme de réhabilitation psychosociale, maison thérapeutique et appartements associatifs. L'analyse de ce dispositif à l'aune des besoins précédemment évoqués des patients en quête de logement peut permettre de déceler ses imperfections et d'esquisser des pistes d'amélioration pour l'avenir.

³⁹ ANAP 2015, «Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche », Paris : ANAP 25p

i) Une offre d'hébergement-logement nécessairement limitée, et insuffisamment pilotée

Il s'agit dans un premier temps de présenter les limites de l'organisation en termes de gestion des places disponibles pour les patients nécessitant un logement.

L'EPS Erasme dispose tout d'abord d'une maison thérapeutique de 7 places : ce dispositif a la particularité de constituer une unité d'hospitalisation située au cœur de la ville. Au sein de cette maison, les patients sont hébergés sur indication médicale afin de préparer un projet d'insertion par le logement. Une équipe soignante intervient quotidiennement pour accompagner ces projets et veiller à l'observance médicamenteuse. La structure est financée par la dotation annuelle de financement, puisque définie comme une unité de soins. De part sa vocation sanitaire, cette structure ne peut accueillir les patients que sur un temps relativement court et ne constitue donc pas une perspective de logement pérenne, en phase avec les besoins des patients.

L'intervention de l'hôpital dans l'accès au logement des patients passe ainsi avant tout par la mise à disposition d'appartements : des « associations de secteur » conventionnées avec l'établissement, assurent cette mission d'intermédiation. Ce dispositif, mis en œuvre dans la plupart des établissements de psychiatrie, est souvent venu traduire la mission de « réadaptation et de réinsertion sociale » confiée aux « secteurs » par le code de la santé publique⁴⁰. Le second article du code relatif à l'organisation de la sectorisation psychiatrique⁴¹ est d'ailleurs consacré à ces associations :

« Afin de mettre en oeuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

Le médecin responsable de la démarche thérapeutique est le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

⁴⁰ Code de la santé publique. Article L3221-1 « La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. »

⁴¹ Article L3221-2

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition »

Les équipes médico-soignantes de l'EPS Erasme se sont ainsi organisées autour de trois associations, dont les adhérents sont des professionnels volontaires et les patients bénéficiant de logements. Dépendantes de l'établissement sur le plan financier et humain (du temps soignant de l'hôpital leur est consacré), les associations gèrent des logements qu'elles louent auprès de bailleurs sociaux pour ensuite les sous-louer aux patients, réalisant ainsi une médiation qui facilite l'accès au logement. La personne bénéficiaire du logement finance son loyer à l'aide de ses revenus (souvent l'AAH) et peut faire une demande d'APL.

Alors même que ce dispositif semble, à travers cette première définition, répondre à l'enjeu d'accès des patients hospitalisés au long-cours à un logement, plusieurs précisions viennent interroger sa pérennité comme son efficience.

Les trois associations proposent à ce jour 11 logements de taille et de configuration diverses pour 25 places, des données qui pourraient paraître satisfaisantes si un roulement était assuré pour l'ensemble de ces logements, ou si, ainsi que la recommandation de stabilité de l'environnement des personnes nous y invite, de nouveaux logements pouvaient être recherchés lorsque de nouvelles demandes émergent. Or, les associations rencontrent des difficultés concernant la gestion de leurs baux. En effet, dans la mesure où elles sont animées par des soignants volontaires, les associations ne bénéficient ni du temps, ni de l'expertise nécessaire pour adapter la taille de leur parc immobilier aux besoins des patients de l'établissement. Les membres des associations déclarent au contraire avoir des difficultés ne serait-ce qu'avec la gestion des locations actuelles qui impliquent un travail administratif chronophage (assurances, normes, loyers et quittances, contacts avec les bailleurs..). Cette réalité est telle que les associations ne parviennent pas toujours à renouveler leur membres, fragilisant de fait l'intégralité du dispositif : A titre d'exemple, au départ de la cadre supérieure de santé qui assurait la présidence d'une des trois associations de l'EPS Erasme, la trésorière, éducatrice spécialisée de formation, s'est retrouvée seule pour assurer la gestion des baux. Elle a alors demandé à fusionner avec une des deux autres associations et à céder une location à une patiente (bail glissant), sans renouvellement du parc pour autant, afin de réduire sa charge de travail.

Un rapport publié en mars 2016 par le Dr Barrès au sujet de « l'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Ile-de-France » partage ce constat: « *L'ensemble des équipes impliquée dans ce travail en appartements associatifs souligne que leur action, fondée sur*

le volontariat [...] peut tenir aussi à une part de bénévolat. Elles expriment un sentiment de fragilité de ce dispositif [...] »⁴². Notons que cet appel au bénévolat est notamment lié au manque de moyens dédiés au fonctionnement des associations : le temps de travail mis à disposition par l'hôpital est en effet limité, cette activité n'étant pas spécifiquement valorisée auprès de l'ARS. Lorsque l'hôpital fait alors le choix de dédier du temps à l'accès et au maintien dans le logement, il est aujourd'hui conduit à le retirer à d'autres activités (CMP, hôpital de jour, hospitalisation temps plein...).

L'autonomie de ces associations loi 1901 constitue une seconde difficulté pour l'hôpital. Cette préférence du statut associatif et de l'autonomie a souvent été décidée, à l'origine, d'un commun accord, en raison des facilités de gestion qu'il permet : l'association n'est en effet pas dépendante des services administratifs de l'hôpital, et n'est pas soumise à la réglementation des établissements publics pour les procédures d'achats ou de travaux divers, nécessaires à l'entretien des appartements. Mais ce choix a des conséquences : l'hôpital ne dispose pas des moyens juridiques pour piloter le dispositif, alors même que cette offre associative peut avoir un impact direct sur le nombre et la durée des hospitalisations au long-cours constatées dans l'établissement. Les associations déterminent en effet en toute indépendance les bénéficiaires de leurs logements, chacune avec des critères d'attribution propres, et peut, comme c'est le cas pour l'une des associations liées à l'EPS Erasme, faire le choix d'en attribuer à des patients « hors-secteur », retardant de fait la sortie de certains patients d'Erasme. L'absence de pilotage commun conduit enfin à une perte d'efficacité globale du dispositif : les trois associations liées à l'EPS Erasme étant indépendantes, elles sont libres de communiquer comme elles l'entendent sur leur activité. L'état de lieux conduit pour les secteurs de l'EPS Erasme a révélé que les trois associations ne s'interpellent pas nécessairement lorsqu'un appartement se libère ou qu'une nouvelle demande émerge. Les opportunités d'accès au logement des patients sont alors de fait minimisées.

ii) Des modalités d'accompagnement hétérogènes en l'absence de cadre commun

Le dispositif proposé par l'hôpital et ses associations pour accompagner des patients en sortie d'hospitalisation apparaît cohérent à deux égards avec les besoins précédemment évoqués :

En effet, tout contrat de sous-location proposé par les associations de secteurs de l'EPS Erasme est conditionné à la signature d'un contrat de soins, qui incite de fait

⁴² BARRES M. 2015, *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en île-de-France*, Paris : ARS île-de-France, 33p

fortement le locataire à assurer la continuité de ses soins. Une seconde exigence est liée : le locataire doit avoir une activité en journée, qu'elle soit professionnelle ou thérapeutique (hôpital de jour, CATTP...). Nous avons vu combien l'observance du traitement était fondamentale pour garantir la réussite d'une réinsertion. Dès lors, cette condition de l'engagement aux soins, associée à des visites infirmières garantissant son respect dans le temps, est un des avantages de l'accompagnement assuré par le secteur sanitaire. Selon Gilles Vidon, psychiatre des hôpitaux, le maintien d'un lien avec l'équipe de secteur qui a précédemment pris en charge le patient se révèle également pertinente : « *Pour certains patients très régressés qui sont dans une grande dépendance par rapport aux soignants [souvent notamment en raison de leur longue hospitalisation], il est impératif de les aider à maintenir ce lien de dépendance, si besoin en les organisant afin de leur permettre d'aménager leur vie sociale. Ainsi, construire dans la cité un réseau d'accueil et de soin (foyer, CATTP, hôpital de jour, centre de crise ouvert 24h/24 etc.) permet à ces patients de se maintenir dans la communauté en sécurité* ». [...]. *Le simple fait de savoir qu'à tout moment ils peuvent se réfugier quelque part dans un lieu proche de leur domicile et où ils pourront être entendus suffit habituellement à les rassurer* »⁴³. Notons enfin que les visites à domicile réalisées par l'hôpital ont l'avantage pour les patients de ne pas nécessiter de notification MDPH préalable, et peuvent être mises en œuvre dès la sortie de l'hôpital.

Cependant, l'organisation de l'accompagnement proposée au sein des secteurs de psychiatrie générale de l'EPS Erasme présente plusieurs faiblesses, qui, loin de révéler une problématique exclusivement locale, ne sont que le reflet d'un constat national: l'absence de référentiel sur la juste intervention des équipes sanitaires dans le maintien au logement des patients donne lieu à des pratiques hétérogènes, variant d'une offre trop peu soutenante à une autre qui « fait tout », tout en négligeant trop souvent, quelle que soit la formule, les coopérations intersectorielles.

De par leur autonomie, leur histoire et les parcours des différents intervenants qui y ont contribué, les trois associations de l'EPS Erasme ne portent pas les mêmes projets : alors que deux associations se pensent avant tout comme un support juridique pour la gestion d'appartements, la 3^{ème} intègre dans son objet la mise en œuvre d'actions d'accompagnement vers l'inclusion sociale du patient. Dès lors, deux types d'organisation sont proposés pour des secteurs et des besoins pourtant similaires.

Les associations « Courte Echelle » et « Pégase » bénéficient de peu de temps soignant (moins d'un ETP par association) et d'un parc locatif limité (entre 2 et 3 logements). Les associations n'ont pas constitué d'équipe dédiée pour l'accompagnement

⁴³ VIDON G, ANTOINE JM. De l'hébergement thérapeutique au « un chez soi d'abord ». *L'information psychiatrique* 2013 ; 89 ; 233-40

des patients à leur réinsertion : des infirmiers du CMP contribuent au maintien dans le logement en intervenant au domicile, mais sans régularité prédéfinie. Les réunions rassemblant l'ensemble des locataires pour évoquer la vie en colocation sont organisées entre une fois par quinzaine et une fois par mois. En cohérence avec l'absence de projet structuré autour de la notion de réinsertion, ces associations ne suivent pas d'indicateurs d'activité et de performance. Ces deux associations font le choix de ne pas limiter la durée de location de leurs appartements et certains locataires sont présents depuis plusieurs années.

L'association Jean Wier-A.R.T.I propose une organisation plus étoffée : bénéficiant de 2,6 ETP mis à disposition par l'hôpital ainsi que d'un investissement en temps non négligeable de son président, psychologue retraité, l'association sous-loue 6 logements, permettant d'accueillir au total 14 personnes. Une équipe d'intervention dédiée constituée d'infirmiers et d'un éducateur spécialisé rencontre tous les locataires au moins deux fois par semaine : une fois dans le cadre de réunions de partage d'expérience entre locataires, et une fois pour un entretien individuel. Des visites à domicile supplémentaires peuvent également être proposées pour du soutien à la gestion des activités de la vie quotidienne. L'association, lors de son assemblée générale annuelle, évalue son accompagnement en partageant des données relatives à son activité et aux résultats observés (profils des patients, durée de séjour, motifs de fin de bail...). L'association fait le choix de proposer des baux renouvelables tous les 6 mois et pour 5 ans au maximum. Elle justifie ce choix par le vœu de réévaluer régulièrement les capacités et de prévenir la chronicisation du locataire dans le logement. La durée moyenne de séjour des locataires au 31 décembre 2015 était de 22 mois.

La description synthétique de ces deux organisations appelle plusieurs observations :

-Tout d'abord, l'hétérogénéité des projets, liée à l'autonomie de ces associations, remet en cause l'équité de l'offre proposée aux patients. La notion d'offre variable en intensité pourrait tout à fait se justifier si elle était adaptée aux besoins des personnes, mais c'est à ce jour le seul critère de secteur d'origine qui détermine le niveau d'accompagnement

-La première organisation ne semble pas proposer l'offre nécessaire à un patient en sortie d'hospitalisation au long-cours pour se rétablir de sa maladie, compte-tenu de l'absence de définition d'un projet d'accompagnement, de soutien dans la mise en œuvre de ce projet, et d'évaluation régulière des objectifs fixés.

-La seconde organisation propose un accompagnement dont l'objectif est de favoriser le maintien dans le logement et le rétablissement de la personne. Mais on peut s'interroger ici sur la pertinence de ces interventions sur le long-terme, exclusivement

mises en œuvre par une équipe sanitaire. Certaines d'entre elles pourraient être proposées par une équipe spécialisée sur les notions d'autonomie.

-Un seul appartement, sur les 11 que sous-louent les associations, a fait l'objet d'une organisation pensée en partenariat avec un service d'aide à la vie sociale.

-Les associations n'ont pas, à ce jour, articulé leur intervention avec le nouvel hôpital de jour de réhabilitation psychosociale, alors même que les outils qui peuvent y être développés seraient pertinents pour soutenir les locataires dans leur projet.

Ces différentes observations permettent de déceler quelques pistes d'améliorations que nous développerons dans le dernier chapitre. Il s'agit cependant de ne pas limiter l'analyse à ces seules associations. En effet, la contribution de l'hôpital à l'accompagnement de patients au long-cours au sein d'un nouveau domicile doit également être pensée pour ceux qui ne pourraient pas bénéficier de l'offre de ces associations, faute de place. Or l'EPS Erasme n'a pas défini de projet sur cette thématique, situation qui illustre l'investissement insuffisant de l'institution concernant sa mission de réinsertion par le logement. Cette organisation, loin d'être une exception, n'est que la conséquence de la vision de la psychiatrie publique qui a prévalu depuis les années 1970. L'ANAP illustre avec justesse la conclusion de cette sous-partie :

« La capacité d'autonomie des personnes, qui trouve peu à s'exprimer au cours de l'hospitalisation, surtout si elle se prolonge, est souvent sous-estimée ; par conséquent la manière dont il est possible de l'étayer est peu envisagée. De même, le rôle de l'accompagnement médicosocial comme support possible à une stabilisation de la maladie en dehors du cadre hospitalier ne fait pas consensus auprès des professionnels sanitaires, quand il n'est pas méconnu⁴⁴ ».

Si l'offre sanitaire paraît insatisfaisante pour répondre aux besoins des personnes, qu'en est-il de la contribution du secteur social et médico-social à l'enjeu spécifique de l'accès et du maintien au logement de patients en sortie d'hospitalisations longues sur le sud du territoire des Hauts-de-Seine ?

c) Des interventions du secteur social et médico-social pertinentes pour l'accès au logement, et complémentaires à celles du secteur sanitaire en termes d'accompagnement

⁴⁴ ANAP 2015, *Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, Première approche*, Paris : ANAP

i) Les institutions sociales et médicosociales disposent de logements qui correspondent aux besoins des patients, tout en étant insuffisamment sollicitées par l'hôpital

Deux acteurs associatifs majeurs interviennent dans le sud des Hauts-de-Seine pour soutenir des patients en situation de handicap psychique qui souhaitent accéder à un logement : la Fondation des Amis de l'Atelier et l'association « Espérance Hauts de Seine ». Ces institutions proposent deux modalités de logements qui correspondent aux profils des patients auxquels s'intéresse cette étude.

Ces associations ont créé, au cours de la dernière décennie, des « résidences-accueil », un mode d'habitat s'adressant à des personnes n'étant pas encore en mesure de vivre de façon autonome, sans que soit pour autant nécessaire une place dans un établissement spécialisé. Les résidences accueil, qui relèvent du champ du logement social, associent à un logement privatif pour chaque personne la présence de lieux collectifs de vie. Des hôtes, qui ne sont pas nécessairement des travailleurs sociaux, assurent l'entretien des parties communes et sont chargés de l'animation collective de la structure. Un partenariat doit être prévu par l'association avec des services d'accompagnement médico-sociaux, et/ou une équipe psychiatrique de secteur. Ces structures font partie du dispositif des « maisons-relais », à savoir l'offre alternative de logement pour des personnes en situation de grande exclusion prévue par la circulaire du 10 décembre 2002. Les logements en résidence accueil sont fortement sollicités par les patients hospitalisés au long-cours, leurs familles et les établissements psychiatriques, si bien que les quatre structures du Sud des Hauts-de-Seine ont un taux d'occupation de 100%, avec des durées de séjour longues, sans limite fixée, ne permettant pas d'offrir de perspectives d'accueil supplémentaires à moyen-terme. De nouvelles places seraient nécessaires, mais leur financement est décidé par la préfecture de département, en fonction des priorités du plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD). Si le PDALPD 2014-2018 des Hauts-de-Seine mentionne l'inégale répartition de ces résidences sur son territoire, et la situation défavorable du sud (ni Antony, ni Vanves ne comptent de résidence sociale), il ne mentionne aucun calendrier précis d'évolution de l'offre. Dès lors, les associations sont amenées, dans l'attente, à proposer d'autres solutions aux personnes en quête de logements.

Les deux institutions ont acquis des biens leur permettant de sous-louer des appartements spécifiquement dédiés aux personnes en situation de handicap psychique ou mental. L'association « Espérance Hauts-de-Seine » précise que les candidats au logement doivent accepter de poursuivre leur suivi médical, être suffisamment autonomes pour faire face aux responsabilités de la vie en logement personnel et doivent apprécier le principe de la colocation, les logements individuels étant minoritaires. Cette offre

d'appartements n'est pas négligeable, la Fondation des Amis de l'Atelier mentionnant par exemple 24 places sur la commune de Clamart, et 50 sur la commune du Plessis-Robinson. Les associations dédient des moyens et des compétences pour la gestion de ces biens. Dès lors, il semblerait pertinent pour l'EPS Erasme d'envisager des partenariats autour de la mise à disposition d'appartements. La gestion déléguée de ses propres locations actuelles, afin de soulager les bénévoles des associations de secteur, pourrait également être discutée. La collaboration n'a cependant, à ce jour, pas été développée sur ces aspects, l'hôpital ayant privilégié des partenariats avec des établissements médico-sociaux proposant des places d'hébergements en FAM et MAS. Les associations n'ont, pour leur part, pas sollicité l'hôpital en raison d'une certaine défiance à son égard, liée à des échecs de coordination passés.

Indépendamment de ces associations, les acteurs les plus à même de proposer des logements aux patients sont les organismes d'habitations à loyer modéré (bailleurs sociaux). Ces derniers se montrent réticents à accepter les dossiers de candidatures des patients en raison notamment des risques financiers inhérents au handicap psychique (possible délais et retards de paiement). L'intermédiation locative s'avère donc nécessaire dans un premier temps, à savoir lors de la phase de stabilisation au domicile d'un ancien patient au long-cours. Elle pourrait cependant n'être que temporaire, afin de mettre en place des baux glissants dans un deuxième temps, et solliciter alors de nouveaux logements auprès des bailleurs. Mais cette intermédiation suppose qu'un dispositif soit en mesure d'assumer cette fonction. Nous avons vu que les associations de secteur peuvent se révéler fragiles en la matière. Dès lors, les partenaires associatifs sociaux et médico-sociaux ne seraient-ils pas les acteurs les plus légitimes pour remplir cette mission? Ils pourraient ainsi étendre leur parc locatif, en faire bénéficier les patients de l'hôpital et leur proposer des services d'accompagnement. Les éléments d'une coordination tripartite commencent ainsi à s'agréger. Ils seront développés en troisième partie.

ii) Un accompagnement médico-social qui peut soutenir les personnes dans la réalisation de leur projet de vie, à condition de pouvoir compter sur l'expertise du secteur sanitaire

Si on a pu reprocher à la psychiatrie sa difficulté à penser la prise en charge au domicile ordinaire suite à une hospitalisation au long-cours, il en a été longtemps de même pour le secteur médico-social, qui n'envisageait dès lors des collaborations avec les hôpitaux qu'autour de places en FAM ou MAS. Ces représentations ont néanmoins évolué, suite à la loi du 11 février 2005, qui a permis de faire émerger la spécialisation « handicap psychique » de nouveaux dispositifs, tels que les services d'accompagnements médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) et les

résidences accueils. Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont pour leur part pu spécialiser une partie de leurs places. Les SAVS et les SAMSAH ont ainsi été reconnus officiellement par un décret du 11 mars 2005, qui leur confère la mission suivante : « *contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* ». Le SAMSAH est spécifique en ce que des prestations de soins peuvent être réalisées en sus de ses autres missions, similaires à celles du SAVS.

Ces dispositifs ont à ce jour majoritairement été créés par des structures issues du secteur du handicap, qui ont ainsi pu faire valoir leur expérience en matière d'accompagnement au quotidien de personnes vulnérables. Sur le territoire du sud des Hauts-de-Seine, plusieurs SAVS et SAMSAH sont ainsi portés par la Fondation des Amis de l'Atelier et Espérance Hauts-de-Seine. La plus-value de tels dispositifs pour les personnes en situation de handicap psychique ne sont pas négligeables, les individus étant accompagnés au-delà de leur maladie, autour de la notion de projet. Des professionnels de l'accompagnement ont ainsi pu mobiliser, au bénéfice de nouvelles personnes, des outils communs au secteur de l'action sociale et médico-sociale. C'est ainsi que la responsable d'un des SAVS des Hauts-de-Seine a présenté la prise en charge proposée par son service à l'aide du support indispensable de tout travailleur social : le projet d'accompagnement individualisé. Le document est élaboré avec la personne à la suite de premiers entretiens au cours desquels, à l'aide d'autres documents préparatoires, sont formalisés ses demandes, besoins et projets. Ces outils essentiels d'évaluation et d'accompagnement, prévus par le code de l'action sociale et des familles, sont loin d'être systématiquement proposés lorsque l'accompagnement est assuré par une équipe sanitaire (1 seule association sur les 3 rencontrées les utilise). Mais bien au-delà des outils qu'ils proposent, de tels services, en ce qu'ils mobilisent des équipes pluriprofessionnelles, -et notamment des éducateurs spécialisés, professions encore trop rares à l'hôpital psychiatrique – au service de l'autonomie des personnes, peuvent pleinement participer au processus de rétablissement de patients schizophrènes. Un constat s'impose cependant sur le territoire du sud des Hauts-de-Seine : les SAVS-SAMSAH interviennent encore peu auprès de patients en sortie d'hospitalisation longues.

Les personnes reconnues par la MDPH en situation de handicap psychique peuvent avoir des niveaux d'autonomie et de stabilité très variés. Dès lors, la spécialisation d'un SAVS ou SAMSAH en handicap psychique ne signifie pas qu'il sera en mesure d'accompagner tous types de profils. Les témoignages des équipes de SAVS rencontrées indiquent ainsi que les personnes bénéficiant de leurs services et qui vivent en logement

autonome ne sortent pas, dans leur majorité, directement d'hospitalisation, mais plutôt d'une résidence accueil ou du domicile d'un proche. Cette donnée est d'ailleurs corroborée par le rapport « Parcours de vie, parcours de soins : évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques » mené dans le cadre des travaux de la Chaire Handicap psychique et décision pour autrui de l'EHESP. Après reconstitution des trajectoires des personnes bénéficiant des services d'un SAVS ou SAMSAH « handicap psychique », l'étude montre que les services d'accompagnement répondent en premier lieu « à une crise des configurations de prises en charge familiales au domicile, ou de la simple « débrouille » individuelle des personnes qui ne suffit plus »⁴⁵ : Ainsi, dans 23% des cas seulement, le SAVS-SAMSAH succède à une prise en charge du secteur de la psychiatrie. Et parmi ces 23%, seuls 22% des personnes sortaient d'unité d'hospitalisation, les autres étant auparavant prises en charge en appartements thérapeutiques (sur le modèle de la maison thérapeutique de l'EPS Erasme, précédemment présentée).

Au cours d'un entretien, une cheffe de service de SAVS indique en effet que l'accompagnement nécessaire à une personne en sortie d'hospitalisation longue et bénéficiant d'un logement autonome nécessite une présence intensive des intervenants que les SAVS n'ont pas les moyens d'offrir. Une à deux visites peuvent être proposées par semaine. Il s'agit alors, selon elle, d'accueillir la personne au sein d'une résidence-accueil qui bénéficie d'un SAVS dédié. Dans ce type de configuration, des membres de l'équipe affectés à la résidence peuvent proposer plusieurs accompagnements par semaine. Elle mentionne également la dimension « soutenante », « sécurisante » de la résidence collective. Lorsqu'est évoquée la saturation des résidences accueils, la cheffe de service envisage la réflexion autour d'un dispositif inédit d'articulation d'interventions sanitaires et médico-sociales au domicile de la personne. Elle souligne enfin que quelle que soit la configuration choisie, résidence-accueil ou appartement, le partenariat avec l'hôpital doit être actif, afin de former les équipes éducatives à la compréhension des symptômes psychiatriques. Il s'agit ici de préciser que ce lien avec l'équipe sanitaire est d'autant plus nécessaire qu'une personne ne pourra pleinement se rétablir qu'à la condition d'associer à son accompagnement social les soins de réhabilitation précédemment évoqués, et l'observance de son traitement.

Ainsi avons-nous vu au terme de cette partie, à partir notamment du diagnostic effectué sur le territoire du sud des Hauts-de-Seine, les limites de l'organisation actuelle des alternatives aux hospitalisations au long-cours pour les patients souffrant de troubles schizophréniques. Après avoir rappelé les besoins de ces patients, et notamment la

⁴⁵ Weber F (dir.), *Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques* –Ecole normale supérieure, Ecole des Hautes études en santé publique, 2014, 36 p

première nécessité de trouver un lieu de résidence favorable à leur rétablissement, nous avons pu identifier les limites de l'offre sanitaire, qui, faute de cadres structurants, d'expertise, et de moyens suffisants dédiés à la question de l'accès et du maintien au logement, peine à proposer des lieux de vie, comme à assurer une prise en charge non pas « totale » mais « globale » de la personne.

Le secteur social et médico-social présente plusieurs atouts pour intervenir auprès de ces mêmes personnes: il dispose de davantage de marges de manœuvre pour étendre le parc locatif mis à leur disposition, et propose des modalités d'accompagnements pertinentes, en ce qu'elles sont complémentaires à la prise en charge médicale. Mais il est apparu évident que les professionnels du handicap ne peuvent agir seuls auprès de personnes pour lesquelles le défi, en sus du développement de leur autonomie, est de maintenir sur le long-terme une stabilité psychique et de remobiliser des capacités fonctionnelles.

A l'issue de ce diagnostic, la rencontre entre les deux secteurs pour constituer une offre complémentaire semble donc s'imposer. Le défi repose désormais dans la conduite de collaborations visant à clarifier les rôles de chacun et à instaurer des liens de confiance. Ces jalons préalables garantiront des partenariats pérennes, au bénéfice du rétablissement des patients.

3 Le défi des partenariats : une réponse aux besoins pertinente mais confrontée à plusieurs obstacles

Les défauts d'organisation et de coordination de l'hôpital public mentionnés au cours de ces pages ne sont pas le seul fait des établissements. Le pilotage national et la planification territoriale des politiques de santé et de services sociaux structurent les prises en charge, et sans réforme de ces moteurs, tout changement de grande envergure est difficile à mettre en œuvre. Les récentes recommandations du Centre de Preuves en Psychiatrie et Santé Mentale⁴⁶ semblent constituer de judicieux repères pour réorienter la politique de santé mentale au service de l'amélioration du parcours de soins et de vie de personnes vivant avec un handicap psychique, sous-tendu par un trouble schizophrénique. Le Centre de Preuves, né d'une convention entre la Haute Autorité de Santé et l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, a mobilisé en 2014 un

⁴⁶ HARDY-BAYLE M-C. (dir). 2015 Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique, Paris : Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, 261p

groupe de lecture chargé d'identifier, à travers la littérature scientifique, l'état de l'art existant sur ces sujets au niveau international. Ses recommandations posent en préalable la nécessité d'inscrire la logique du rétablissement comme nouvelle visée des organisations. Trois propositions-clefs sont ensuite partagées : Organisation d'une responsabilité géo-populationnelle du suivi social, assurée en propre par les acteurs du champ social ; Priorisation des soins ambulatoires, aux dépens de l'hospitalisation, même pour les patients les plus lourds ; Coordination accrue des équipes sanitaires et médico-sociales à l'aide d'une planification des ressources réformée et adaptée.

L'hôpital aurait ainsi besoin de telles orientations nationales pour conduire un changement radical au service de ses patients, et notamment ceux hospitalisés au long-cours. Il n'en reste pas moins qu'un établissement public de santé mentale, de par son statut autonome, reste maître de son projet d'établissement. Dès lors, un directeur, en concertation avec les instances et équipes de l'hôpital, peut commencer à agir à sa propre échelle. Les propositions de ce mémoire, issues de l'analyse du diagnostic précédemment partagé, et en phase avec les recommandations du Centre de Preuves, préconisent une réorganisation interne de l'offre de services et la mobilisation de moyens autour de démarches de coordination. Les enjeux sont de taille, tant du point de vue de l'amélioration du service rendu que de l'efficacité du système de santé. Cette partie détaille ces propositions et les jalons de leur mise en œuvre.

a) Propositions : Promouvoir la vision clinique du rétablissement et resituer l'hôpital dans son champ d'expertise pour l'accès et le maintien au logement des patients

i) Prévenir les hospitalisations au long-cours implique de repenser le projet d'établissement sous l'angle de la promotion du rétablissement

Une des conclusions du diagnostic précédemment partagé révèle qu'intervenir en faveur de la réduction des hospitalisations au long-cours suppose une action plus large que celle du maintien et de l'accès au logement, aussi essentielle puisse être cette phase du parcours des personnes. Réduire les hospitalisations au long-cours de façon durable passe par la promotion de la vision du rétablissement au sein de l'établissement, et plus spécifiquement par l'élaboration d'un cadre de référence, intégré au projet d'établissement, qui permette à l'institution de repenser son organisation autour d'une offre sanitaire centrée sur le projet de vie des patients.

Cette recommandation fait écho aux observations effectuées, dans le cadre du stage international de la formation des DESSMS, au sein d'un établissement de santé mentale québécois. La directrice générale de l'hôpital avait constaté le changement radical qu'impliquait pour son institution les nouvelles orientations du plan de santé mentale québécois, centré sur des soins et services promouvant le rétablissement. L'intégration d'une telle approche se révèle en effet particulièrement engageante pour l'ensemble des professionnels puisqu'il s'agit de se défaire d'une culture médico-soignante et de pratiques à l'œuvre depuis des décennies. Nous avons pu constater l'héritage pesant de la période asilaire au cours de laquelle le patient était restreint à sa condition de malade-fou, incapable de décider pour lui-même et dont le sort dépendrait du savoir médical. Or l'accompagnement des démarches de rétablissement implique, au sein de la relation soignant-soigné, une évolution vers un partenariat, et l'intervention clinique doit viser la reprise par le patient du pouvoir sur sa vie, à travers la mobilisation permanente de l'espoir et d'un certain degré d'ambition quant à son potentiel. Dès lors, bien plus que de reprendre les lignes directrices du plan de santé mentale national dans le projet d'établissement, la direction a engagé ses équipes à produire leur propre cadre de référence, au sein duquel devait être détaillé la traduction concrète de cette vision au sein des services. Ce document propose entre autres des développements sur une déclinaison de principes d'actions associés à des exemples de pratiques correspondantes⁴⁷. Un tel travail, s'il était effectué au sein de l'EPS Erasme, aurait le bénéfice d'identifier notamment les pratiques utiles à la prévention des hospitalisations au long-cours. Différentes pistes peuvent être explorées, en s'inspirant notamment d'expériences issues d'autres établissements psychiatriques :

-Le centre hospitalier de Niort, dont le service de psychiatrie est d'une taille équivalente à celui de l'EPS Erasme⁴⁸ a, en quelques années, considérablement développé son offre de réhabilitation psychosociale en associant au sein d'un réseau interne (réseau « Réhab' ») une équipe d'information et d'appui aux professionnels, par ailleurs chargée de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de patients psychiatriques de l'hôpital (le CREHPSY⁴⁹), une autre visant à favoriser l'insertion sociale au moyen d'ateliers thérapeutiques orientés vers l'activité professionnelle (le Tremplin), et une dernière spécialisée sur des outils cliniques de réhabilitation psychosociale (l'ATR⁵⁰). Il semble que le dynamisme à l'origine d'un tel projet, qui a depuis incité les équipes à porter un nouveau regard sur leurs pratiques, soit lié à l'investissement du médecin responsable d'unité, mais également à l'incitation financière de l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, qui a soutenu et labellisé la création de centres référents de

⁴⁷ http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/docu_pour_vision_cadre.pdf Voir en annexe

⁴⁸ L'hôpital est l'établissement de référence de trois secteurs de psychiatrie générale, comme à l'EPS Erasme

⁴⁹ Centre de ressources et d'évaluation du handicap psychique

⁵⁰ Ateliers thérapeutiques de réhabilitation psychosociale

réhabilitation psychosociale. En s'inspirant du cahier des charges auquel a répondu le CH de Niort, l'EPS Erasme pourrait structurer un projet similaire, par redéploiement de moyens en interne dans un premier temps, et communiquer auprès de l'ARS Ile-de-France sur son initiative. La nouvelle plate-forme de réhabilitation de l'hôpital, encore émergente, a vocation à se saisir de telles opportunités.

-Un axe pourrait être développé autour du repérage et de l'analyse des hospitalisations au long-cours afin de partager son fonctionnement et les outils utilisés pour analyser les situations des patients concernés. L'objectif pourrait notamment, en complément d'un questionnaire permettant d'identifier les causes de la prolongation de l'hospitalisation, d'avoir recours à des échelles d'évaluation de l'autonomie choisies en concertation avec le secteur médico-social, en vue de l'élaboration d'un dialogue commun : c'est en partie en portant un même discours auprès des MDPH que les dossiers des patients sont plus rapidement traités. Afin d'aider les partenaires à effectuer ce choix, le CREHPSY du Nord-Pas-de-Calais a publié en septembre 2015 un guide⁵¹ permettant aux professionnels de se repérer parmi les différentes échelles reconnues par la littérature scientifique.

- Promouvoir l'inclusion dans la cité de personnes auparavant isolées du reste de la population implique un important travail de sensibilisation des concitoyens, et ce à travers différents canaux de communication. En l'absence d'environnement et d'entourage bienveillant, le rétablissement de la personne au moyen de son inclusion en milieu ordinaire est impossible. Il revient dès lors à l'établissement, en lien avec ses partenaires de la ville, et notamment dans le cadre des conseils locaux en santé mentale (CLSM), de communiquer activement sur la vision du rétablissement. Au Québec, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a proposé à un jeune réalisateur d'illustrer par de courts documentaires le cheminement de personnes atteintes de troubles mentaux graves vivant en appartements adaptés. Ces vidéos ont ensuite été largement diffusées dans la communauté et sur le site internet de l'hôpital. Le changement des pratiques ne vient ainsi pas uniquement des équipes cliniques, et l'EPS Erasme pourrait ainsi, au sein de son cadre de référence, mobiliser les propositions de son service de communication pour soutenir les trajectoires de rétablissement des patients.

ii) Accès au logement : envisager par étapes une gestion déléguée du parc locatif

Nous avons illustré en deuxième partie les difficultés de l'hôpital psychiatrique à garantir une offre pérenne de logements, comme à proposer des biens divers, adaptés aux besoins des patients, selon qu'ils souhaitent par exemple vivre seuls ou en

⁵¹ http://crehpsy-documentation.fr/opac/doc_num.php?explnum_id=256

colocation. Compte-tenu de ces exigences, et dans un contexte de faible disponibilité du logement en Ile-de-France, il semble nécessaire d'engager la progressive gestion déléguée du parc locatif actuellement administré par les associations de secteur. Les conclusions du Dr Barrès, dans son rapport publié par l'ARS sur l'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Ile-de-France⁵² vont également dans ce sens : « *La gestion et l'intermédiation locatives prennent du temps de soignants, qu'il vaut mieux consacrer aux soins. [...] Cela demande des compétences qui ne sont pas du métier des soignants.* » (p24). L'EPS Erasme ne serait pas le premier établissement de la région à entamer une telle transition. Les conclusions du rapport nous informent que sur les 30 établissements ayant répondu à l'enquête de l'ARS, 19 établissements disposent en propre de dispositifs de logements, et que parmi eux, « *la moitié a développé des partenariats extérieurs à l'établissement pour la mise à disposition de logements, le plus souvent en nombre supérieur à celui des dispositifs liés à l'établissement* ». Ils sont encore minoritaires, mais « *10 établissements recourent exclusivement à des partenariats extérieurs, avec des associations à but social ou des bailleurs sociaux* ».

Une telle décision ne se met pas en œuvre simplement, et ne peut être engagée que par étapes, dans la mesure où il s'agit tout d'abord de faire accepter une évolution à l'égard de pratiques investies depuis des années par des professionnels volontaires. Par ailleurs, tout partenariat impliquant une délégation de gestion impose de trouver le bon partenaire, puis de s'accorder autour d'une convention précisant les engagements de chacune des parties. Dans un premier temps, il est ainsi recommandé de conserver le parc locatif actuel géré par les associations de secteur, tout en optimisant sa gestion, et de développer un autre parc exclusivement géré par les partenaires.

Optimiser la gestion de l'intermédiation locative opérée par les associations de secteur consiste, en première étape, à mutualiser l'offre afin de pouvoir proposer à l'ensemble des patients, quel que soit leur secteur, l'intégralité des logements associatifs. Une deuxième étape doit viser le rapprochement des trois associations en une seule, afin de contrer l'éparpillement des moyens. En passant de trois à un bureau, le nombre de personnes volontaires nécessaire pour assurer le fonctionnement de l'association diminue, et la mutualisation des moyens peut permettre de nommer une personne ressource pour l'intermédiation locative. Les responsables des associations peuvent à titre d'exemple s'inspirer du modèle de l'association AGATE, fruit d'un processus similaire engagé par les associations de secteurs des hôpitaux de Saint-Maurice (94) au début des

⁵² BARRES M. 2015, *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en île-de-France*, Paris : ARS île-de-France, 33p

années 2000. Ainsi la présidente de l'association, Mme Cadenel, témoigne t-elle dans une publication de l'UNAFAM⁵³ :

« Beaucoup d'équipes psychiatriques avaient créé des associations de secteur qui louaient quelques appartements et y installaient des patients. Mais l'engagement des soignants dans la gestion locative et la maintenance des appartements constituait un exercice difficile, étranger à leur mission médicale. Leurs réflexions ont amené les équipes à envisager la création d'une association qui recevrait et gèrerait les fonds tandis que les soins seraient administrés par l'équipe, soit une séparation entre les soins et la gestion, et une autonomie associative sans ambiguïté. D'où la création d'AGATE en 2003, Association de Gestion des Appartements Temporaires [...]. Nous avons deux salariés, un gestionnaire des appartements, travailleur social, qui veille au règlement des loyers, assure le suivi de l'entretien des travaux, assure le lien avec les équipes soignantes. Et une secrétaire. »

Selon Mme Cadenel, la création d'une association unique a permis de professionnaliser l'intermédiation locative, de gagner en crédibilité auprès des bailleurs sociaux et de développer le parc de logements mis à disposition. Le choix d'une telle formule est par ailleurs intéressant en ce qu'il permet, lors de l'opération de fusion des associations, de conserver les logements précédemment obtenus auprès des bailleurs sociaux. Chacune des associations avait à ce jour contractualisé auprès de différents bailleurs : alors qu'une nouvelle association unique, affiliée à l'EPS Erasme, peut accepter de travailler avec cette diversité de bailleurs, il n'en serait pas forcément de même si les baux étaient transférés à un partenaire médico-social, qui souhaite rester maître de ses propres opérations locatives. Cette option de fusion se révèle ainsi pertinente, à condition cependant de pouvoir recruter et financer un gestionnaire de bien. L'autre option, en cas de difficulté de recrutement, conduirait les associations à s'éteindre progressivement en mettant en place des baux glissants pour l'intégralité des personnes actuellement logées, à condition cependant pour l'établissement d'avoir engagé des partenariats garantissant la proposition de nouveaux logements.

Plusieurs acteurs associatifs à vocation sociale et gestionnaires de biens pourraient être intéressés par un partenariat fondé sur la réservation de places d'appartements pour des patients de l'EPS Erasme en sortie d'hospitalisation longue. Il s'agit principalement d'associations proposant par ailleurs une offre d'accompagnement sociale de type SAVS et/ou SAMSAH. Leur intérêt économique consiste à pouvoir proposer leurs services aux personnes logées. Nous avons cependant vu que ces services étaient parfois en difficulté pour accompagner, tout du moins dans une première phase, des patients vivants avec des troubles schizophréniques. Garantir un partenariat

⁵³ La lettre de l'UNAFAM n°89

et obtenir de nouveaux logements va dès lors consister, pour l'hôpital, à proposer une formule permettant le passage de l'accompagnement soignant à l'accompagnement médico-social et social. Un des partenaires rencontrés au cours de la préparation de ce mémoire a ainsi nettement mentionné son intérêt pour une telle collaboration : « *J'ai un appartement pour vous. Faites-moi une offre* ». L'hôpital n'a malheureusement pas encore de projet formalisé à présenter.

Les institutions sociales et médico-sociales bénéficiant parfois elles-mêmes d'un parc immobilier limité, l'EPS Erasme devra les soutenir dans la mobilisation de nouveaux logements. On peut à ce titre penser que la valorisation d'une offre d'accompagnement innovante, fondée sur la complémentarité des expertises sanitaires et médico-sociales, permettra aux institutions d'obtenir des pouvoirs publics la création de nouvelles places de résidence-accueil, ou convaincra les bailleurs sociaux de leur proposer davantage d'appartements.

iii) Accompagnement au logement: définir l'organisation d'une équipe mobile de réhabilitation psychosociale qui prévoit son articulation avec l'intervention au domicile de services sociaux et médico-sociaux

Les établissements ayant réformé la nature des accompagnements proposés au sein des logements qu'ils mettent à disposition de leurs patients sont encore peu nombreux. La logique de secteur, avec son équipe de proximité qui propose la palette globale de soins et d'accompagnement sur un territoire demeure fortement plébiscitée par les médecins et soignants. Et lorsque les hôpitaux ont souhaité mettre en œuvre une offre alternative d'accompagnement délégué, les dispositifs n'ont pas toujours su garantir un soutien suffisant pour optimiser les trajectoires de rétablissement des patients. A titre d'exemple, les dispositifs de placements familiaux, s'ils ne sont pas étayés par l'intervention régulière d'experts de la réhabilitation (équipes sanitaires et/ou médico-sociales), ne permettent pas de développer tout le potentiel d'autonomie et d'*empowerment* de la personne.

Bien qu'ils soient encore rares, de nouveaux dispositifs proposent en revanche une offre d'accompagnement plus complète, en phase avec la vision du rétablissement. C'est à partir de ces exemples que l'EPS Erasme devra demain réformer ses pratiques. L'établissement pourrait notamment s'inspirer de l'expérience du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu, à Lyon, décrite dans le rapport de l'ANAP consacré aux interventions à domicile des équipes de psychiatrie. Cet établissement a créé une unité intersectorielle de réhabilitation par le logement organisée autour de deux axes :

-la réhabilitation en immersion effectuée en CATTP

-la recherche de logement, l'intégration et le suivi de la personne réinsérée sous forme de visites à domicile et d'accompagnements.

L'équipe de l'unité, composée de 5,2 ETP, dont 1 ETP d'éducateur spécialisé, accueille les patients hospitalisés au long-cours des trois secteurs de psychiatrie de l'établissement et prend en charge la préparation de leur sortie. Les patients participent dans un premier temps aux ateliers quotidiens du CATTP, localisé sur le site d'hospitalisation, qui visent à « *mobiliser les patients dans leurs habiletés relationnelles, sociales et pratiques (actes de la vie quotidienne [courses, ménages, gestion budgétaire, prises de contact...]) et à renforcer la confiance, l'estime de soi et la motivation*. Un appartement est mis à disposition des patients une fois qu'ils sont prêts à l'intégrer, et bénéficient alors de visites: « *L'équipe se déplace au minimum deux fois par semaine à la sortie de la personne. Il s'agit alors de visites de réhabilitation avec la fixation d'objectifs concrets pour la personne. [...] Ces VAD de réhabilitation ont pour objet de suivre l'évolution psychique de la personne mais aussi de vérifier, et soutenir la mise en pratique effective des habiletés mobilisées durant la préparation intra-hospitalière* ». Puis la sortie du dispositif est organisée en mobilisant des relais, aussi bien pour le suivi psychiatrique, confié aux structures ambulatoires du secteur, que pour l'étayage à domicile.

Les pratiques de chaque établissement sont le fruit de son histoire comme de son contexte institutionnel et environnemental. L'EPS Erasme ne peut dès lors pas « calquer » l'expérimentation de l'unité Yves Tanguy en tous points. Mais le partage de cette monographie permet de repérer et lister les éléments nécessaires à la constitution d'une offre d'accompagnement pertinente. Il s'agit ainsi pour l'EPS Erasme de proposer la création d'une équipe mobile intersectorielle de réhabilitation au logement qui organise l'amont, comme l'aval de son intervention. Cette équipe mixte, constituée d'infirmiers comme de travailleurs sociaux, élabore son projet à partir des valeurs du rétablissement et mobilise des outils permettant de travailler les habiletés fonctionnelles de la personne. Une procédure d'admission unique est partagée, connue de toutes les unités d'hospitalisation de l'établissement, et des modalités d'évaluation régulières permettent de déterminer l'évolution de la personne accompagnée, et la période du passage de relais, préalablement organisé, par des interventions tierces. Il s'agit en effet par exemple d'anticiper la demande de notification SAVS auprès de la MDPH pour qu'un service d'accompagnement puisse succéder à l'intervention de l'équipe sanitaire sans rupture de prise en charge. Ainsi, cette équipe hospitalière, recentrée sur son cœur de métier, intervient dans la phase de sortie d'hospitalisation, puis d'entrée dans le logement. Son intervention est légitime au cours de ces périodes où il s'agit de garantir la stabilité du patient et la transmission d'outils garantissant son autonomie, mais elle se retire progressivement lorsque la plus-value de son action diminue, et laisse sa place à une

équipe SAVS/SAMSAH. Après cette phase de transition, l'hôpital n'intervient alors auprès du patient que lors des séances de réhabilitation psychosociale auquel ce dernier est convié, à l'occasion du suivi psychiatrique assuré par le CMP, et en cas de difficultés rencontrées par le SAVS, lors d'une éventuelle crise à domicile.

L'EPS Erasme pourra mobiliser plusieurs atouts pour mettre en œuvre ce projet : la notion d'intersectorialité fait partie de l'identité de l'hôpital, chaque pôle de psychiatrie adulte étant organisé autour d'une unité d'hospitalisation de psychiatrie générale, liée à un secteur, et d'une unité intersectorielle. L'une de ces unités a par ailleurs déjà une vocation de réinsertion des patients, et compte parmi ses services la maison thérapeutique de l'hôpital et la plate-forme de réhabilitation. L'équipe mobile pourrait ainsi être articulée avec ces dispositifs. Comme précédemment évoqué, l'hôpital a par ailleurs déjà tissé des liens avec des institutions sociales et médico-sociales qui ont fait part de leur intérêt pour travailler avec une future équipe mobile de l'établissement.

Le principal défi pour l'hôpital consistera à obtenir l'adhésion des associations de secteur au projet, ce dernier remplaçant leurs activités de soins et d'accompagnement. En synthèse, les recommandations de ce mémoire invitent en effet les trois associations de l'hôpital à fusionner, afin de mutualiser leurs moyens au profit de la bonne gestion du parc locatif. Mais l'objet de cette nouvelle association, sur le modèle d'AGATE, serait limité à cette dimension gestionnaire, l'accompagnement au domicile étant piloté par l'équipe mobile de l'hôpital, dans une perspective intersectorielle. L'équipe mobile aurait par ailleurs vocation à ne pas uniquement intervenir au sein des appartements de l'association unifiée, mais bien auprès de l'ensemble des anciens patients au long-cours, quelque soit leur lieu de résidence. Il s'agira donc de démontrer la pertinence de ce changement, et de proposer aux anciens intervenants au domicile des associations d'intégrer la nouvelle équipe.

Notons enfin qu'au-delà des associations, l'organisation actuelle de l'offre de soins de l'hôpital serait modifiée par la mise en œuvre de ce projet qui implique de réinterroger les pratiques de l'actuelle unité intersectorielle de réinsertion de l'hôpital ainsi que celles des CMP. Des redéploiement de moyens sont également envisagés à terme, un tel dispositif ayant l'objectif de mettre fin à des hospitalisations inadéquates, et donc à éventuellement conduire à la fermeture de lits.

Face à de tels enjeux, la conduite de projet doit être pensée, anticipée, et partagée.

b) Mise en œuvre : Implémenter le changement par un pilotage affirmé, participatif, et coordonné

i) Conduire le changement requiert un pilotage par la direction de l'établissement et la mobilisation d'un groupe de travail autour d'objectifs partagés

Les changements qu'impliquent les propositions ci-dessus détaillées sont majeurs, en ce qu'ils exigent de repréciser les valeurs et missions de l'hôpital, et par conséquent le projet institutionnel de l'établissement. Il s'agit dès lors de veiller au rassemblement de leurs conditions de mise en œuvre, qui passe en préalable par le nécessaire portage du projet par la direction de l'hôpital et le président de CME. Le binôme stratégique de la gouvernance hospitalière a ainsi pour mission de rappeler en Directoire et instances les éléments de diagnostic, et de communiquer autour des apports du projet pour la qualité d'accompagnement des personnes. Ce travail doit être également relayé par la direction des soins auprès des cadres de santé afin de garantir une appropriation de la dynamique souhaitée par l'ensemble de la communauté.

L'intervention de la direction doit cependant dépasser cette première impulsion et s'inscrire dans la durée afin de parer d'éventuelles résistances au changement. Il revient alors à un directeur-adjoint d'assumer la fonction de chef de projet, afin de fixer des objectifs, apporter un soutien méthodologique, suivre le calendrier de mise en œuvre du projet, puis tisser et formaliser les liens institutionnels avec les partenaires. L'investissement d'un directeur à l'égard d'un projet médico-soignant hospitalier peut surprendre, ces sujets ayant longtemps été l'apanage des médecins. Il semble cependant que les directeurs soient légitimes pour suggérer certaines orientations. Ces derniers sont responsables de la performance du projet institutionnel de leur établissement, à savoir de son efficience, mais aussi de la qualité de la prise en charge des usagers. Il leur revient dès lors de veiller à ce que les professionnels aient recours aux meilleures pratiques, recommandées par la littérature scientifique et les autorités institutionnelles. C'est donc à ce titre qu'un directeur d'établissement de santé mentale peut introduire dans son établissement des travaux autour de la promotion du rétablissement des patients. A lui néanmoins d'identifier le « juste » positionnement: affirmer le bien-fondé du projet, faire valoir la nécessité de retravailler les pratiques sous un nouvel angle et évaluer l'état d'avancement des travaux, sans pour autant s'immiscer dans les sujets requérant l'expertise des médecins et professionnels de santé.

Au moins deux groupes pluriprofessionnels de travail pourraient être constitués afin de mettre en œuvre les propositions visant la réduction des hospitalisations au long-cours : l'un relatif à l'élaboration d'un cadre de référence dédié à la promotion du rétablissement et au développement de l'offre de réhabilitation psychosociale au sein de l'établissement, et un second consacré à la question de la juste intervention de l'hôpital pour l'accès et le maintien au logement des patients. Il est recommandé au directeur de proposer aux deux groupes un soutien méthodologique, fondé dans un premier temps sur une analyse de pratiques, qui permettra de partager collectivement les constats et de prendre conscience de la nécessité de s'améliorer.

Le recours à l'outil « Autodiag » de l'ANAP peut à ce titre se révéler pertinent en ce qu'il permet, en répondant à 72 questions, de vérifier le niveau d'acceptation et d'engagement d'un établissement à s'inscrire comme intervenant actif dans le parcours de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques chroniques. Pour rappel, l'outil interroge le positionnement de l'hôpital au regard de 5 « portes d'entrée » où sont constatés les risques de rupture de parcours les plus fréquents. Une attention particulière pourra donc être apportée, dans le cadre de l'analyse des hospitalisations au long-cours, aux items « hospitalisations inadéquates » et « accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ». Dans la mesure où les réponses apportées sont présentées sous trois angles structurants (la communication, les pratiques professionnelles et le pilotage), les axes d'amélioration pourront être aisément définis. Ce diagnostic peut être complété, pour le premier groupe, par un test, proposé par l'ouvrage *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*⁵⁴, ainsi présenté :

« Il existe des tests permettant de savoir si une initiative d'accompagnement est trop centrée sur la maladie. Une réponse affirmative à chacune des questions suivantes indique que le soutien dispensé s'articule sur l'institutionnalisation, et est facteur d'un sentiment de différence et de stigmatisation chez l'utilisateur :

- 1. Est-il difficile à une personne dont l'identité n'est pas dictée par la maladie de participer à cette initiative ?*
- 2. L'accompagnement ou l'activité requièrent-ils que la personne s'identifie à sa maladie ou au statut d'utilisateur en psychiatrie pour pouvoir y participer ?*
- 3. L'activité de soutien remplace-t-elle ou fait-elle double emploi avec quelque chose qui est déjà ouvert aux membres de la collectivité ?*
- 4. L'activité ou la structure d'accompagnement affiche-t-elle ou se dégage-t-elle l'image de la relation soignant-soigné*
- 5. L'accompagnement dispensé promeut-il des rapports sociaux artificiels ?*
- 6. Le soutien est-il dispensé sur un mode ou à une heure indiquant aux autres que les intéressés ne remplissent pas un rôle valorisé (ex : organiser un barbecue pour un groupe de 20 personnes dans le cadre d'une intervention un jeudi à midi indique aux passants que les membres du groupe présentent probablement un handicap car la plupart des adultes qui travaillent ne font pas de barbecue le jeudi à midi avec vingt personnes » » (p54)*

⁵⁴ GREACEN T, JOUET E (dir). 2012, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Paris : Erès, 327p

Une fois l'état des lieux partagé, il revient à chacun des groupes de définir des objectifs et un calendrier de réalisation que le chef de projet veillera à respecter.

Notons que le groupe consacré à la question de l'accès et du maintien au logement devra faire face à plusieurs défis : mettre en œuvre le rapprochement progressif d'associations, organiser une fusion, proposer le fonctionnement de la future équipe mobile, et élaborer des partenariats de confiance avec des institutions sociales et médico-sociales. Il semble dès lors nécessaire, pour ce groupe, de travailler par étapes afin, d'une part, de garantir l'acceptation progressive du projet par les associations, et d'autre part de définir une nouvelle organisation robuste. Ainsi, les membres des bureaux des trois associations de secteur doivent intégrer le groupe et dans un premier temps se rencontrer, échanger sur leurs pratiques avant de définir une nouvelle organisation commune. Rappelons en effet que quand bien même ces associations fonctionnent grâce au temps soignant mis à disposition par l'hôpital, elles demeurent des entités autonomes qui devront faire accepter à leurs adhérents l'évolution de leur statut et de leur objet lors d'assemblées générales. Ce n'est qu'une fois que les associations auront fusionné et que les membres du groupe de travail auront défini une première organisation de l'équipe mobile que les partenaires médico-sociaux seront conviés au groupe de travail pour proposer des suggestions d'amélioration et préciser l'articulation entre les prises en charge. La direction aura cependant en amont rencontré ces partenaires afin de définir les grandes lignes de la collaboration à envisager.

ii) Favoriser l'émergence d'une culture commune : l'usager et ses besoins comme repères

Afin que la future équipe mobile de réhabilitation et les SAVS-SAMSAH parviennent à collaborer autour des parcours des patients, un dialogue doit pouvoir s'établir. L'enjeu est de comprendre le fonctionnement et l'univers professionnel des équipes respectives, d'utiliser des outils en commun, et de définir un socle de valeurs partagées.

Les équipes sanitaires méconnaissent l'organisation et le vocabulaire d'une équipe médico-sociale et inversement. Ainsi une responsable d'un SAVS a-t-elle indiqué que le fait d'apprendre le diagnostic d'un des patients avait effrayé des membres de son équipe, qui ont par la suite refusé d'intervenir auprès du patient. Il semble ainsi prioritaire de proposer à ces futurs partenaires une séance d'information sur les troubles mentaux animée par une équipe sanitaire. Cette formation est déjà proposée annuellement aux nouveaux arrivants non-soignants de l'EPS Erasme par le directeur des soins, il suffirait donc d'inviter à cette occasion les équipes médico-sociales spécialisées en handicap

psychique du territoire. Les échanges d'expérience lors de « stages d'immersion » sont également pertinents, souvent recommandés, mais rarement mis en œuvre « faute de temps » et d'organisation. Il est ici de la responsabilité des directions d'établissement d'impulser et soutenir ces initiatives afin de les concrétiser. La priorité serait d'en faire profiter les membres de la future équipe mobile sanitaire et de la première équipe de SAVS partenaire.

Un des moyens d'accélérer l'obtention par la MDPH d'une notification SAVS consiste à préparer un pré-projet d'accompagnement. Dans la mesure où, dans le cadre du nouveau modèle proposé, le patient est dans un premier temps accompagné par l'équipe sanitaire, il apparaît nécessaire que le projet d'accompagnement individualisé soit élaboré dès l'entrée dans le dispositif, à partir d'un support unique, validé préalablement par les deux équipes. Précisons ici que si cette recommandation semble évidente, sa mise en œuvre l'est moins, tant l'outil est à ce jour étranger aux équipes sanitaires. Un autre défi sera de faire accepter à l'équipe médico-sociale l'éventuelle évolution d'un outil avec lequel elles ont l'habitude de travailler mais qui pourrait ne plus correspondre en tout point à un support orienté autour des notions de rétablissement.

Le partenariat qui se dessine doit enfin dépasser la rencontre de deux cultures, même s'il s'agit d'un préalable à la bonne collaboration des secteurs. L'enjeu est bien qu'une nouvelle culture commune, fondée sur les valeurs du rétablissement, émerge. Les efforts d'appropriation de ces notions sont donc à mener pour l'ensemble des professionnels. On l'a vu, promouvoir le rétablissement implique, comme le dirait Nicolas Franck « *l'adoption d'une perspective plus proche du vécu des patients que ne le permet l'approche purement clinique et médicale* »⁵⁵. Mais cela ne signifie pas pour autant que le secteur médico-social était déjà pleinement inscrit dans cette démarche. Louise Marchand rappelle t-elle ainsi que « *miser sur les forces, cela peut vouloir dire aussi mettre des limites au confort qu'on offre à une personne de telle sorte qu'elle se sente un peu forcée à se mobiliser. Cette valeur va à l'encontre de l'idée reçue que le meilleur soin est celui qui confère le meilleur confort à la personne* »⁵⁶. Le meilleur moyen de s'approprier ces valeurs consiste à organiser une journée, ouverte aux intervenants des deux secteurs, consacrée à la vision et aux outils du rétablissement, et surtout d'inviter des patients rétablis à venir témoigner. C'est en effet en redonnant la parole aux usagers, et non pas seulement à leurs représentants, que l'on adoptera les meilleures pratiques. Les personnes rétablies, qui ne sont plus aveuglées par les épreuves de la maladie, doivent

⁵⁵ Martin B, Franck N. « Rétablissement et schizophrénie » ; EMC - Psychiatrie 2013 0(0) :1-9

⁵⁶ MARCHAND L « Un nouveau mode de gestion selon un modèle de rétablissement » dans VIGNEAULT L, QUINTAL M-L. 2003, Je suis une personne, pas une maladie, Québec : Performance Edition, 337 pages

pouvoir poser un œil critique sur le futur partenariat. Et qui sait, l'étape suivante sera t-elle peut-être de les intégrer en tant que pair-aidant au sein de l'équipe mobile...

iii) Identifier pour chaque action son cadre de coordination territoriale le plus pertinent

L'hôpital dispose de cadres de coordination sur son territoire, prévus par les pouvoirs publics, pour mettre en œuvre ses projets partenariaux et garantir une meilleure articulation entre acteurs de différents secteurs. Le temps étant une donnée précieuse pour les équipes hospitalières, elles doivent veiller à investir ces espaces obligés de coopération à bon escient, et faire en sorte qu'ils se révèlent toujours utiles à la construction des projets. Il s'agit dès lors pour la direction d'établissement de ne pas multiplier les groupes de travail autour de la même action, et d'identifier pour chaque action permettant la réduction des hospitalisations au long-cours, l'espace de coordination le plus pertinent.

Au niveau des municipalités, l'EPS Erasme s'investit au sein de plusieurs conseils locaux de santé mentale (CLSM). Ces plates-formes de décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques menées au niveau local ont l'intérêt, pour les propositions précédemment évoquées, de rassembler autour d'une même table les élus, les professionnels du secteur psychiatrique, les acteurs médico-sociaux ainsi que les bailleurs sociaux. Dès lors ces rencontres doivent être l'occasion de tisser des liens avec les bailleurs, auprès desquels de nouveaux logements pourraient être sollicités. Le CLSM est également le bon cadre pour élaborer les actions de sensibilisation auprès des concitoyens, qui sont de potentiels futurs voisins de personnes accompagnées. Les équipes municipales bénéficient d'un lien privilégié avec leurs administrés, communiquent régulièrement sur leur action et sont dès lors des relais essentiels des messages que souhaite véhiculer l'hôpital autour du rétablissement lors de l'organisation, à titre d'exemple, des semaines d'information en santé mentale. Chaque CLSM mène en revanche son action sur un territoire restreint, celui de la commune, alors que le partenariat autour de l'accès et du maintien au logement que peut mettre en place l'hôpital doit être pensé au niveau de l'ensemble de son territoire d'action, celui de ses secteurs. Il serait dès lors chronophage de démarrer un groupe de travail relatif au projet au sein de chacun des CLSM.

Depuis le 1^{er} juillet 2016, tous les établissements de santé ont intégré des groupements hospitaliers de territoire, dont l'un des premiers défis consiste à élaborer un projet médical et de soins partagé, opération qui mobilise intensément les équipes hospitalières. Cette obligation représente l'opportunité pour l'EPS Erasme, comme pour tous les établissements de santé mentale composant le groupement de définir un socle

de valeurs qui orienteront les pratiques vers le rétablissement et la réduction des hospitalisations au long-cours. Il semble cependant difficile à ce jour de pouvoir se saisir de ce cadre de travail pour élaborer de nouveaux partenariats, les établissements-membres étant conduits dans un premier temps à penser un projet, et c'est un défaut des GHT, « hospitalo-centré ». En effet, si les établissements sociaux et médico-sociaux du territoire du GHT peuvent être « associés » au groupement, ils n'en sont pas « parties prenantes » et n'ont pas de voix prépondérante pour participer au projet médico-soignant. A défaut, le rapprochement entre les hôpitaux pourrait contribuer à une optimisation du parcours des patients au long-cours, par exemple en permettant aux patients de bénéficier des actuels dispositifs de sortie des différents établissements. Mais faudrait-il pour cela qu'une réelle volonté de coopération inter-hospitalière soit affirmée. Or de nombreux GHT se sont créés non sans tensions, notamment à propos des enjeux de gouvernance. Il s'agit donc de laisser ces nouveaux objets gagner en maturité avant de leur demander de porter un projet intersectoriel, le risque étant sinon que ce dernier fasse les frais des balbutiements du groupement.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 introduit dans son article 69 les communautés psychiatriques territoires (CPT), qui pourraient en revanche constituer des structures judicieuses pour travailler des partenariats préalablement pensés par les groupes de travail de l'hôpital. Ces CPT auront en effet pour mission de mettre en œuvre un « *projet territorial de santé* » dont l'objet est « *l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* ». Il est « *élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs* » nécessaires à l'organisation de « *modalités d'accompagnement et d'insertion sociale* ». Mieux encore, l'article prévoit « *un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin* ». Ces CPT sont ainsi porteuses d'espoir en ce que leur objet correspond à celui de notre projet et semble valoriser l'ouverture aux partenaires. Mais le décret relatif à leur organisation étant encore en attente de publication, leur construction prendra du temps. Il s'agit dès lors pour l'hôpital de ne pas attendre un nouveau cadre pour démarrer ses projets relatifs à la réduction des hospitalisations au long cours, mais bien d'initier ses travaux, et d'alimenter la CPT par un contenu lors de sa création.

Conclusion

Les hospitalisations au long-cours en psychiatrie sont encore trop nombreuses en France. Si la politique de secteur a eu le mérite d'ouvrir les portes de l'hôpital vers la cité, elle ne s'est pas accompagnée d'une ouverture des professionnels de santé à la diversité des acteurs de l'insertion, en raison d'une vision clinique encore trop centrée sur la maladie. Pourtant, les recommandations de bonnes pratiques et la littérature scientifique engagent aujourd'hui les hôpitaux à adopter une perspective fondée sur le rétablissement afin de prendre en compte les besoins de la personne malade dans sa globalité. S'engager en faveur de ce modèle implique un engagement fort en faveur de la réduction des hospitalisations prolongées, afin de permettre aux personnes d'évoluer dans un environnement adapté à leurs objectifs de vie. Une telle démarche représente ainsi la double opportunité d'améliorer le bien-être des patients et de réallouer les moyens hospitaliers là où ils sont le plus pertinents.

Les défis sont néanmoins majeurs, l'analyse des besoins des patients pour accéder à un logement et s'y maintenir révélant la nécessaire intervention coordonnée des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Or à ce jour, en raison de la faible incitation au changement de pratiques, des patients, sans espoir d'une vie meilleure ailleurs se chronicisent à l'hôpital, et les outils de l'articulation intersectorielle sont insuffisamment développés. Initier un mouvement consiste à valoriser les compétences spécifiques de chacun des secteurs : les équipes sanitaires peuvent préparer la personne à la sortie, et soutenir sa trajectoire vers le rétablissement grâce à des outils cliniques de réhabilitation psychosociale. Mais l'hôpital doit apprendre à déléguer les missions qu'il peine à réaliser faute d'expertise comme la mise à disposition de logements et l'accompagnement des personnes dans leur projet de vie, deux missions que peuvent assurer les institutions sociales et médico-sociales, en lien avec les bailleurs sociaux. L'enjeu n'est donc pas d'organiser un glissement de tâches intersectoriel, mais bien d'articuler les expertises de chaque secteur au service des personnes et de l'efficacité des politiques publiques.

A l'issue du diagnostic réalisé sur le territoire des secteurs de psychiatrie générale de l'EPS Erasme, des propositions ont notamment été développées autour de la création d'une équipe mobile de réhabilitation psychosociale et de la progressive gestion déléguée du parc locatif de l'hôpital. Mais le préalable consiste bien à faire évoluer les représentations des professionnels afin de donner du sens au changement : une mission que le directeur en charge de ce projet doit conduire en association et concomitance avec ses partenaires. La collaboration intersectorielle en effet, si elle peut être facilitée par des cadres de coopération prévus par la réglementation, tient avant tout à l'engagement des institutions, comme de leurs dirigeants.

Bibliographie

Réflexions et travaux relatifs au rétablissement et à la réadaptation psychiatrique

PACHOUD B. « Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel » *Santé Mentale*, 2015 ; 202 : p 22-28

LECOMTE T, CORBIERE M, LECLERC C « Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatriques : auxquelles accorder la priorité et pourquoi ? » *La revue canadienne de psychiatrie*, 2014 ; 59 (4) ; p 196-202

LE ROY-HATALA C, LEGUAY D. « Handicap psychique : le chemin qui reste à parcourir. » *L'information psychiatrique*, 2013 ; 89 : p221-226

PACHOUD B « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », *L'information psychiatrique*, 2012 ; 88 ; p 257-266

VIGNEAULT L, QUINTAL M-L. 2003, *Je suis une personne, pas une maladie*, Québec : Performance Edition, 337 pages

TONKA P. 2013, *Dialogue avec moi-même, un schizophrène témoigne*, Paris : Odile Jacob, 227p

GOYET V et al. « Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie ». *L'Evolution Psychiatre* 2013 ; 78

GREACEN T, JOUET E (dir). 2012, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Paris : Erès, 327p

DAVIDSON L, MCGLASHAN TH. « The varied outcomes of schizophrenia. » *Can J Psychiatry* 1997;42:34–43

Réflexions et travaux relatifs à l'organisation de la santé mentale en France

Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

COLDEFY M, NESTRIGUE C. « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale » *Questions d'économie de la santé*, Paris, 2014, n°202

HARDY-BAYLE M-C. (dir). 2015 *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*, Paris : Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, 261p

ANAP 2015, «Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche », Paris : ANAP 25p

ANAP 2014, « L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques : Retours d'expérience de reconversions ou de créations », Paris : ANAP 120p

AMARA F (dir). 2011, *La prise en charge du handicap psychique*, Paris : IGAS 255 p

PEINTRE C (dir). 2011, *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique?*, Paris : CEDIAS-CREAH 49p

COLDEFY M, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences » *Questions d'économie de la santé*, Paris, 2012, n°180

BENETIER M.P , BRUN-ROUSSEAU H. 2003. «Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine. Admissions du 1er au 14 octobre 2000 : caractéristiques du séjour hospitalier et de la prise en charge d'amont et d'aval_». *ERSM-ARH*, 101 p.

Réflexions et travaux relatifs à l'accès et maintien au logement des personnes vivant avec des troubles psychiques

BARRES M. 2015, *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en île-de-France*, Paris : ARS île-de-France, 33p

ANAP 2015, *Intervention à domicile des équipes de psychiatrie, retour d'expériences*, Paris : ANAP 78p

GELINAS N, BISSON J. *et alli*, 2015 *Partir en apart. Formation pour partir et vivre en appartement. Mon guide personnel*, Montréal : IUSMM, 112 p

DELHON L, « Handicap psychique et logement : le rôle clef de l'accompagnement », *Lien social*, Paris, 2014, n°1147

VIDON G, ANTOINE JM. De l'hébergement thérapeutique au « un chez soi d'abord ». *L'information psychiatrique* 2013 ; 89 ; 233-40

L'UNION SOCIALE POUR L'HABITAT, 2006, *L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale*, Paris: Les collections d'Actualités habitat ; n°103

GIORDANO G, NEUBERG S. 2014. *Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques* – Ecole normale supérieure, Ecole des Hautes études en santé publique, 36 p

Entretien avec Mme Cadel, Présidente de l'association AGATE : Lettre de l'UNAFAM n°89 <http://www.association-agate.fr/wp-content/uploads/2016/03/Interview-AGATE-UNAFAM-75-Fevrier2016.pdf>

Participation à des conférences et/ou congrès

- 9èmes rencontres de Réh@b': « De la Réhabilitation au Rétablissement: tous citoyens ! » - 16 et 17 juin 2016, Paris

*Atelier : « Quel avenir pour les appartements thérapeutiques ? »

*Séance plénière : Rapport du Centre de Preuves en psychiatrie et Santé Mentale »

- Forum CRSA « Le rétablissement en santé mentale - Histoires et parcours en Île-de-France - 25 mars 2016, Paris

*Atelier : « Logement et rétablissement »

Liste des annexes

1. Liste des entretiens menés dans le cadre du mémoire
2. Etat des lieux des trois associations de secteur de l'EPS Erasme
3. Extrait du cadre de référence « Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement » de l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal

1. Liste des entretiens menés dans le cadre du mémoire

Personnes rencontrées pour au moins un entretien d'une durée variant entre 1h et 2h :

Dr VIDON G.	Médecin psychiatre, chef de pôle du 12 ^{ème} arrondissement de Paris, secteurs 10 et 11 de psychiatrie générale – Hôpitaux de Saint-Maurice (Saint-Maurice, 94) Fondateur des appartements associatifs des Hôpitaux de Saint-Maurice
M. BOU KARAM J	Fondation Les Amis de l'Atelier Directeur de la Maison-Relais et du SAVS de Clamart (92) Directeur de la Maison-Relais le Plessis Robinson et du SAVS La Croisée (92)
Mme WENK	Fondation Les Amis de l'Atelier Chef de service de la Maison-Relais et du SAVS de Clamart-Ville (92)
Mme SISSANI	Fondation Les Amis de l'Atelier Chef de service du SAVS de Châtenay-Malabry (92)
Mme LINTANF	Présidente de l'association AEER (Association Essonnoise d'Entraide et de Réadaptation) – EPS Barthélémy Durand (Etampes 91)
M. HALMOS	Psychologue retraité, Président de l'association des ARTI – Secteur 9 de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine
Mme GALIANA	Cadre supérieure de santé, Présidente de l'association « Courte échelle » - Secteur 20 de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine
Mme ROBIN	Educatrice spécialisée, Trésorière de l'association « Courte échelle » - Secteur 20 de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine
Mme LAURENT	Infirmière, Présidente de l'association « Pégase » - Secteur 20 de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine
Mme FRERY	Infirmière, Trésorière de l'association « Pégase » - Secteur 20 de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine

2. Grille d'entretien utilisée lors de la rencontre d'équipes sanitaires ou médico-sociales

Des entretiens semi-directifs ont systématiquement été conduits. Les thématiques suivantes étaient abordées :

-Fiche d'identité de l'institution/équipe:

*histoire, gouvernance, composition

*patrimoine immobilier, nombre de places d'accompagnement

*comment définissez-vous vos missions?

-Fonctionnement de l'institution/équipe:

*modalités d'admission des personnes : quel est leur profil? Quels sont leurs besoins? Pouvez-vous me détailler leur procédure d'admission?

*modalités d'intervention : quelle est la nature et la fréquence des interventions? Pour quel durée? Sur quels critères ces interventions sont-elles décidées?

*évaluation: suivez-vous des indicateurs d'activité? de performance? Si oui, lesquels?

-Articulation intersectorielle:

*qui sont vos partenaires sur le territoire dans le cadre de l'offre d'accès et du maintien au logement? Quelle est la nature de ce partenariat?

*quelles sont vos attentes à leur égards?

-Analyse de l'offre et perspectives d'évolution

*quels sont les atouts de votre offre? Quels sont vos défis? Pensez-vous que votre offre répond pleinement aux besoins des personnes accompagnées aujourd'hui

*quelles sont vos perspectives d'évolution?

3. Extrait du cadre de référence « Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement » de l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal

La reproduction de cet extrait vise à illustrer comment les cadres de références de l'Institut articulent la réflexion conceptuelle à son application pratique. Il permet également de préciser les implications cliniques, organisationnelles et politiques d'un établissement qui s'inscrit dans une démarche de promotion du rétablissement.

Le rétablissement, c'est...	Les principes	Des exemples de pratique
<i>A- Des pratiques cliniques en partenariat avec la personne et ses proches</i>		
Favoriser l'autonomie des personnes	* Accompagner la personne dans le développement de son autonomie et l'autogestion du stress, de ses symptômes et de sa médication	-Offrir un programme d'autogestion de la médication -Inviter la personne à tisser des liens avec les organismes et ressources de sa communauté
<i>B- Des pratiques organisationnelles centrées sur le partenariat</i>		
Développer de soins et de services de proximité en partenariat	*Faire en sorte que l'hospitalisation soit la plus brève possible *Lorsque l'hospitalisation est requise, maintenir des liens continus entre la personne et sa communauté *Privilégier les alternatives à l'hospitalisation comme les interventions dans le milieu	-développer une équipe d'intervention de crise dans le milieu, par le service de l'urgence, en collaboration avec la 1 ^{ère} ligne et les centres de crise -Mettre en place des équipes mobiles d'intervention dans la communauté
<i>C- Des pratiques politiques centrées sur l'action sociale</i>		
Créer des liens et élaborer des projets avec les acteurs de la communauté non spécialisés en santé mentale	*S'associer aux organismes offrant des services à tous les citoyens (non spécifiques aux personnes ayant des problèmes de santé mentale)	-Participer aux activités des tables de quartier -S'associer à des programmes de soutien au développement de l'employabilité, en partenariat avec la commission scolaire et Emploi-Québec

(Noter qu'un seul exemple par grande catégorie de pratiques a été reproduit pour cette illustration)

LAFOND

Julien

Décembre 2016

DESSMS

Promotion 2015-2016

Réduire les hospitalisations au long-cours en psychiatrie par l'accès et le maintien au logement des personnes vivant avec un handicap psychique, sous-tendu par un trouble schizophrénique: opportunités et défis

Résumé :

Ce mémoire s'intéresse aux défis et opportunités que peuvent représenter le développement d'alternatives aux hospitalisations au long-cours en psychiatrie pour les établissements et leurs patients vivant avec un handicap psychique, sous-tendu par un trouble schizophrénique. Est démontrée dans un premier temps la nécessité pour les établissements d'agir en faveur de la réduction de ces hospitalisations, souvent inadéquates, qui se révèlent aussi nocives pour les patients que pour l'ensemble de la performance du système hospitalier psychiatrique. Une vision clinique encore trop centrée sur la maladie viendrait expliquer la lenteur du changement. Par conséquent, les articulations intersectorielles nécessaires à la fluidification de la sortie des patients sont insuffisamment développées, alors même que les dispositifs, lorsqu'ils sont pensés en silos, ne répondent qu'imparfaitement aux besoins des personnes. Ce diagnostic est notamment posé à partir d'une analyse de l'offre sanitaire et médico-sociale d'accès et de maintien au logement proposée aux patients de l'Etablissement public de Santé Erasme (92). Des propositions fondées sur l'émergence d'une nouvelle culture commune du « rétablissement », légitimant les compétences respectives des acteurs, sont détaillées dans le dernier chapitre. Un projet d'équipe mobile de réhabilitation psychosociale est présenté, et la gestion déléguée du parc locatif de l'hôpital est préconisée. Les conditions de mise en œuvre de ces propositions sont également étudiées, à travers notamment l'affirmation du rôle du directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en tant que pilote essentiel de la politique partenariale de l'hôpital.

Mots clés : handicap psychique – schizophrénie – hospitalisations au long-cours – rétablissement – réhabilitation psychosociale - articulation intersectorielle – SAVS – associations de secteur – appartements thérapeutiques

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