



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

**« L'ACCES AU LOGEMENT ET A DES SERVICES SOCIAUX OU MEDICO-SOCIAUX
POUR LES MALADES MENTAUX PRESENTANT DES TROUBLES GRAVES ET
PERSISTANTS : BESOINS DANS LE CHAMP ET RECIPROCITE »**

– Groupe n° 14 –

AUBERT Stéphane
BEDHOUCHE Monique
CAMALET Maryse
CHEVERRY François
DAMOURETTE Patrick
GENESTON Dominique

LE FLOHIC Céline
MOUTHON Cécile
ORY Vincent
PHILIPPS Antoine
ROTH Clémentine

Animateur :

– Dr Serge KANNAS

Table des matières

Introduction	1
1 Des besoins identifiés mais non satisfaits, malgré une offre diversifiée	5
1.1 Recensement des besoins en matière d'offre alternative à l'hospitalisation	5
1.1.1 Un recensement opéré par les instances de planification.....	5
a) Le recensement posé par l'enquête régionale psychiatrie Haute-Normandie.....	5
b) Le recensement posé par les schémas territoriaux de santé.....	7
1.1.2 Un recensement corroboré par les acteurs de terrain	10
a) Un recensement des besoins en prestations offertes	10
b) Un recensement des besoins en structures d'hébergement et de logement.....	11
1.2 Identification des structures et services constituant l'offre alternative à l'hospitalisation	12
1.2.1 L'offre sanitaire alternative en faveur des adultes handicapés psychiques au sein de l'agglomération havraise.....	12
a) L'accueil familial thérapeutique.....	12
b) Les foyers de post-cure et appartements thérapeutiques	13
c) Les appartements associatifs du secteur psychiatrique.....	13
1.2.2 L'offre sociale et médico-sociale alternative en faveur des adultes handicapés psychiques au sein de l'agglomération havraise	13
a) L'offre médico-sociale alternative au sein de l'agglomération havraise.....	14
b) L'offre sociale alternative au sein de l'agglomération havraise.....	16
1.2.3 L'offre de droit commun en faveur des adultes handicapés psychiques au sein de l'agglomération havraise.....	17
1.2.4 L'accompagnement social et médico-social au sein de l'agglomération havraise	17
a) L'offre sanitaire ambulatoire	18
b) L'accompagnement social	18
2 Malgré une régulation encore perfectible du système, une implication des acteurs favorable à l'émergence de solutions.....	19
2.1 La spécificité du handicap psychique ajoute à la difficulté d'action concertée des acteurs au sein d'une planification en devenir.....	19
2.1.1 Le handicap psychique qui limite l'autonomie de la personne est souvent aggravé par les représentations sociales auxquelles il renvoie	19
a) La spécificité du handicap psychique.....	19
b) L'effet des représentations sociales du handicap psychique sur la prise en charge globale.....	20
2.1.2 Une préparation insuffisante de la sortie qui peut conduire à des orientations inadaptées	20
a) Les temps de préparation à la sortie peuvent être insuffisants	20

b) L'importance de la préparation de la sortie afin d'éviter les orientations inadaptées ..	21
2.1.3 Une coordination encore difficile des acteurs.....	22
a) Une articulation incomplète des différents secteurs de la prise en charge globale.....	22
b) Une coordination perfectible pour une mise en oeuvre plus efficace des schémas et plans	23
2.2 L'observation des leviers de la dynamique havraise ouvre des pistes de réflexion.....	23
2.2.1 Une dynamique urbaine favorable à l'intégration du handicap psychique dans la cité.....	24
a) Une dynamique porteuse.....	24
b) Une psychiatrie organisée en un seul pôle bien relayée par le secteur associatif	24
2.2.2 L'appropriation des nouveaux dispositifs d'accompagnement.....	24
2.2.3 Le logement des handicapés psychiques au cœur de la politique de la ville	26
2.2.4 Des pistes de réflexion.....	27
a) Des partenariats à encourager dans une planification qui intègre une réévaluation financière des projets.....	27
b) S'inspirer de la politique à l'égard des personnes âgées.....	27
c) Associer le plus tôt possible les différents acteurs au projet de sortie.....	28
d) Assurer une évaluation continue du handicap psychique au bénéfice de l'utilisateur et de son parcours résidentiel.....	28
Conclusion	30
Nomenclature des sigles.....	31
Bibliographie complémentaire.....	32
Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe	

Remerciements

Ce travail a été réalisé dans le cadre du module interprofessionnel réunissant des directeurs des soins, des élèves directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux, des élèves directeurs d'hôpital, des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

Ont collaboré des interlocuteurs de l'ARH, de la DRASS de Seine Maritime, de la DDASS, du Conseil Général, des établissements hospitaliers du Havre et du Rouvray, de différentes associations et de la ville du Havre.

Nous remercions toutes ces personnes pour leur disponibilité et leur accueil qui ont facilité notre démarche de réflexion.

Nous remercions particulièrement le docteur KANNAS pour ses conseils avisés et son accompagnement tout au long de ce travail

Introduction

Au sein de la littérature scientifique, le logement apparaît comme un déterminant social majeur de la santé¹. Selon Paul MORIN, celui-ci constitue un facteur d'intégration pour les personnes souffrant de maladies mentales. Le logement serait la composante essentielle d'un environnement résidentiel au sein duquel la personne évoluerait tout en disposant de différents services sociaux et médico-sociaux. L'objectif est qu'à terme la personne puisse acquérir davantage d'indépendance et ne recourir que ponctuellement aux différents services qui lui sont offerts.²

Le logement demeure, en France, une compétence étatique, pour des raisons de solidarité nationale. Cependant, de nombreux acteurs concourent à sa mise en œuvre. Considéré comme fondamental³, le « droit au logement » s'inscrit dans le cadre d'une double acception. Étroitement lié à la notion de « dignité », il ne peut en effet être envisagé sans qu'une « véritable liberté de choix »⁴ ne soit consentie à son titulaire. Cette liberté de choix a pris effectivement forme après la Libération. Au même moment où s'est ouvert un véritable mouvement de « désinstitutionnalisation »⁵. Ainsi, les évolutions enregistrées par la psychiatrie ont permis d'envisager, pour beaucoup de malades mentaux, un traitement à domicile ou en établissement médico-social. Une circulaire du 15 mars 1960⁶ officialise le secteur de soixante-dix mille habitants, base de la réorganisation de la psychiatrie. Si c'est souvent l'aspect d'organisation administrative qui a été retenu, les promoteurs⁷ de la sectorisation insistaient sur la rupture avec l'ordre ancien. La sectorisation est l'affirmation que le psychiatre est désormais au service de tous, la psychiatrie étant dorénavant mise en œuvre dans la cité.

L'hôpital psychiatrique qui assurait jusqu'alors un hébergement à long terme, voire définitif, a ainsi vu son rôle évoluer. En effet les soins prodigués à l'hôpital permettent de

¹ FULLER-THOMPSON, E., HULCHANSKI, J.D. et S. HWANG (2000). « Housing and Health Relationship : What Do We Know ? », *Environmental Health*, vol. 15, nos 1-2, 109-133.

² Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles Paul MORIN, Dominique ROBERT, Henri DORVIL 2001 <http://www.erudit.org/revue/nps/2001/v14/n2/009076ar.pdf>

³ Loi n°90-449 du 31 mai 1990 <http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/MDEAB.htm>

⁴ <http://www.cohesionsociale.gouv.fr/les-dossiers/logement/184.html>

⁵ « Et même la folie a cessé d'être innocente », in *Le Monde Diplomatique* – Patrick CORPECHAUX – Mars 2005.

⁶ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

⁷ Parmi lesquels on peut citer : Lucien BONNAFE.

stabiliser la situation des malades mentaux mais n'assurent en général pas leur guérison. Les personnes nécessitent des soins prolongés et disposent d'une autonomie sociale qui peut être variable selon les individus, mais toujours relative. La question des conditions d'accueil de ces personnes dans la cité, et notamment de l'obtention d'un logement, n'a pas été posée comme problème global. Or, ce n'est pas la sortie des malades en elle-même qui doit être mise en cause, mais la manière dont notre société s'organise pour permettre la prise en charge globale de ces personnes dont la maladie génère le handicap⁸.

Les lois du 2 janvier 2002 concernant les institutions et services sociaux et médico-sociaux et du 11 février 2005 sur l'égalité des chances reconnaissent le handicap psychique⁹ et induisent, en cela, une prise en compte réelle du trouble psychique comme un élément de vulnérabilité et un facteur qui expose à un risque de perte ou d'inaccessibilité du logement, d'exclusion et d'aggravation des troubles.

L'observation attentive des services de psychiatrie générale sur l'ensemble du territoire français permet d'identifier une population hétérogène de personnes hospitalisées au long cours et présentant des troubles graves et persistants. Ces personnes appelées, indistinctement, patients chroniques, ou encore patients hospitalisés inadéquatement, posent un certain nombre de problèmes de mieux en mieux reconnus. Jusque dans les années 1980, la présence dans les hôpitaux psychiatriques de ces personnes ne soulevait pas de question particulière. La dimension humaniste de la création de l'hôpital dans sa dimension asilaire, pour protéger les malades, a ainsi fait historiquement de l'hôpital psychiatrique un lieu de vie pour certains patients.

A partir des années 1990, plusieurs éléments ont convergé pour interroger le bien fondé de la présence de ces personnes dans les hôpitaux psychiatriques. Cette population était souvent reléguée dans les services les plus vétustes des établissements, bien souvent en non conformité avec les normes d'hygiène et de sécurité. Un certain nombre d'enquêtes¹⁰ et de rapports¹¹, ainsi que les constations empiriques de la MNASM,

⁸ Intervention de Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État aux personnes handicapées : présentation du volet « Accompagnement social » du Plan Santé Mentale, à l'occasion de la visite de l'association « Espérance Hauts de Seine » et du FAM « La Fontaine aux Vœux ».

⁹ Le handicap psychique résulte de certaines déficiences psychiques qui font suite à des « *maladies mentales* » et regroupe les conséquences durables, en termes de dépendance, des maladies mentales. C'est-à-dire qu'il s'agit du retentissement personnel et social des troubles psychiques sur les capacités d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes.

¹⁰ Cette prégnance des troubles psychiques parmi les exclus du logement, est identifiée par une enquête menée par la FAPIL (Fédération des associations de promotion et d'insertion par le logement) en 2004 auprès de 32 associations adhérentes et qui révèle que 29 d'entre elles étaient en contact avec des personnes en souffrance psychique.

¹¹ Rapport « Psychiatrie et grande exclusion » Docteur PATRIS, 1996 ; le Rapport « Souffrance psychique et exclusion sociale » Professeur Philippe Jean PARQUET, septembre 2003 démontre que « les difficultés sociales rendent la guérison des personnes ayant des problèmes de santé mentale très improbable » et que « la présence d'un trouble psychiatrique

suggèrent que cette population représente un jour donné, environ 25% des patients hospitalisés dans des conditions assez peu respectueuses de leurs droits, de leur dignité et de leurs besoins, peu médicalisées et, de toute façon, sans justification thérapeutique de la prolongation de leur hospitalisation. En parallèle, le développement de la psychiatrie se traduit par l'augmentation de la file active entraînant ainsi un changement dans les besoins d'institutionnalisation. Le constat de la combinaison entre d'une part l'hospitalisation de personnes dans des conditions peu respectueuses et inadaptées et d'autre part la pression de plus en plus forte sur les lits d'hospitalisation fait qu'il est devenu difficile d'ignorer la question.

En France, cette population dont le maintien de l'hospitalisation n'est plus justifié, mais pour laquelle il manque des alternatives, représente de 10.000 à 15.000 personnes (Plan Psychiatrie et Santé Mentale d'avril 2005). La partie la plus importante de ces personnes nécessite des logements de toute nature, du droit commun individuel ou collectif, à de l'hébergement supervisé ou protégé, dans la palette la plus large. Le logement et l'hébergement se distinguent à la fois sur le plan juridique et sur le plan du financement, mais également en ce qui concerne la gestion des établissements et le statut des occupants. L'hébergement est par nature transitoire. Le logement, même social, se rapproche quant à lui davantage du droit commun, et possède une vocation plus définitive. Cet hébergement ou ce logement doivent, dans tous les cas, être associés à des services à la personne, de nature sociale ou médico-sociale, tandis que l'appui sanitaire doit demeurer, pour que la combinaison ainsi construite soit la plus souple, la plus évolutive, la plus efficiente et la plus proche du projet de vie de la personne. En effet, ces patients ont autant besoin d'un projet de vie que d'un projet de soins. L'articulation du projet de soins avec le projet de vie suppose, d'une part une implication des équipes de soins dans la cité et, d'autre part, une ouverture de la cité aux personnes souffrant de troubles mentaux ; ce qui pose la problématique de l'articulation entre les différents secteurs. Le champ sanitaire a besoin des ressources des secteurs sociaux et médico-sociaux pour améliorer la prise en charge des malades mentaux présentant des troubles graves et persistants.

De manière réciproque, les professionnels du secteur social et médico-social, de même que les représentants des différentes collectivités, tout en reconnaissant les besoins des personnes handicapées psychiques, témoignent qu'ils accueillent déjà, en grand nombre, des personnes malades ou présentant des troubles tels que l'appui de professionnels spécialisés, au quotidien comme en cas de crise, leur est indispensable¹².

grave et durable peut entraver l'intégration sociale d'un individu ». Aussi il relève une « surreprésentation des problématiques psychoaffectives et des troubles mentaux parmi les exclus ».

¹² La réciprocité des besoins sera évoquée, notamment à travers le sujet du maintien dans le logement. Cependant, le déroulement de l'enquête a conduit à ne pas retenir cet axe dans la problématique du sujet.

En effet, les symptômes des maladies psychiques¹³ aboutissent généralement à l'isolement de la personne. C'est pourquoi il ne suffit pas de proposer un logement indépendant à une personne souffrant de ces troubles pour favoriser son autonomie, il faut aussi prendre en compte les besoins de soins et d'accompagnement, en fonction des difficultés constatées et de la nécessité d'une attention vigilante. Le bailleur social a souvent le sentiment d'être seul et démuni face à ce type de problèmes. L'accès au logement doit inévitablement s'accompagner de l'accès à des services sociaux ou médico-sociaux. Le maintien dans le logement est un préalable à l'accès au logement d'autres malades mentaux présentant des troubles graves et persistants.

Le plan ministériel « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » dans son axe d'articulation du sanitaire, du médico-social et du social, identifie et prolonge le besoin de réponses, qui s'ajoute aux questions du logement posées pour des populations défavorisées ou exclues, voire pour la population générale. La Haute-Normandie a été choisie pour expérimenter la mise en place d'un « appui national à l'élaboration concertée de programmes sanitaires et médico-sociaux » ; en d'autres termes, pour préciser, à partir des expériences régionales, les problématiques, les freins et les leviers de l'articulation des actions sanitaires, sociales et médico-sociales. C'est dans cette région que sera étudiée la problématique de l'accès au logement et à des services pour les malades mentaux présentant des troubles graves et persistants et, plus particulièrement, dans l'agglomération du Havre, qui présente des indices de santé publique, notamment en santé mentale, inférieurs à la moyenne nationale. Une enquête auprès des acteurs du champ psychiatrique, social et médico-social, des représentants des pouvoirs publics et des collectivités, et des associations d'usagers et de famille, doit permettre d'établir jusqu'à quel point le problème est identifié voire quantifié, et de repérer des leviers ou des freins existant dans la résolution de cette question.

Dans un premier temps nous constaterons que les besoins en matière d'offre alternative à l'hospitalisation sont identifiés, mais non satisfaits malgré une offre diversifiée (I). Dans un deuxième temps nous verrons que l'implication des acteurs est favorable à l'émergence de solutions mais que la régulation du système est perfectible (II).

¹³ Les maladies mentales peuvent être classées en deux grands groupes opposés. Les névroses, maladies où le patient est conscient de son trouble mental (pas de perte de contact avec la réalité, pas de délire ou d'hallucinations (exemple : Les troubles phobiques : agoraphobie, claustrophobie... ; les états anxieux : panique, angoisse, obsessions... ; l'hystérie). Les psychoses, quant à elles, sont plus graves et se caractérisent par le fait que le psychotique *dénie* ses troubles, perd contact avec la réalité et devient inadapté social, suite à l'altération foncière du lien interhumain (la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive, la mélancolie délirante...).

1 Des besoins identifiés mais non satisfaits, malgré une offre diversifiée

Selon Marie-Anne MONTCHAMP¹⁴ la « désinstitutionalisation [...] qui a marqué la psychiatrie française il y a quelques années, n'a pas suscité l'attention nécessaire par la mise en œuvre d'alternatives suffisantes ». De nombreuses personnes apparaissent encore livrées à elles-mêmes ou prises en charge par leur famille. De la même façon, un certain nombre de malades ne bénéficie pas d'une prise en charge adéquate. Au Havre, les médecins soulignent ainsi les obstacles auxquels ils sont confrontés lors de la sortie de patients qui présentent suffisamment de critères d'autonomie pour être traités à l'extérieur, même si leur état requiert encore des soins. Il est noté que les structures psychiatriques d'aval sont encore trop peu développées. Le secteur médico-social, souvent sollicité, présente un déficit avéré de places. Les bailleurs sociaux mettent l'accent sur les difficultés liées aux pathologies psychiques dont souffrent les locataires en question. Face à ces difficultés, il convient de s'interroger pour mieux définir quels sont les besoins existant en matière d'offre alternative à l'hospitalisation au sein de l'agglomération havraise (1.1) puis identifier en parallèle les différentes structures et les services susceptibles de répondre à ces besoins (1.2).

1.1 Recensement des besoins en matière d'offre alternative à l'hospitalisation

Le recensement des besoins en matière d'offre alternative à l'hospitalisation est opéré par les instances de planification (1.1.1) et semble corroboré par les acteurs de terrain (1.1.2)

1.1.1 Un recensement opéré par les instances de planification

L'enquête régionale psychiatrie ainsi que les différents schémas territoriaux relatifs à la Haute-Normandie permettent d'opérer un premier recensement des besoins.

a) Le recensement posé par l'enquête régionale psychiatrie Haute-Normandie

28,5% des patients hospitalisés en psychiatrie en 2005 au sein de la région un jour donné pourraient bénéficier d'une autre prise en charge de leur pathologie, contre 19% en 1996, soit une augmentation de ce phénomène de 50% en 10 ans et un taux un peu supérieur à la moyenne nationale (26% environ).

¹⁴ Intervention de Mme Marie-Anne MONTCHAMP, secrétaire d'État aux personnes handicapées : présentation du volet « Accompagnement social » du Plan Santé Mentale, à l'occasion de la visite de l'association « Espérance Hauts de Seine » et du FAM « La Fontaine aux Vœux ».

Les freins à la sortie de ces patients sont identifiés comme suit :

- 35% des patients n'ont pas de projet d'orientation
- 27% ne peuvent sortir par manque de structures d'aval
- 37% ne peuvent sortir en raison de dysfonctionnements de la filière d'aval

Ces 3 raisons principales expliqueraient donc la totalité du maintien à l'hôpital de personnes qui pourraient être réorientées.

Il est également à noter que, parmi les personnes pour lesquelles des projets ont été élaborés, 20% n'adhèrent pas à ces projets. Les projets sont également plus difficiles à élaborer pour certaines pathologies, en particulier pour les patients atteints de retard mental et d'autisme.

Les volets sanitaires intégrés dans les projets d'orientation sont :

- Suivi en CMP : 45,5% des cas
- SSIAD : 36,4%
- Consultations externes : 35%

Les besoins après la sortie d'un patient sont en effet autant médicaux qu'environnementaux et sociaux. Ils prennent 4 formes pouvant se combiner entre elles, à savoir la prise en charge de soins somatiques, l'hébergement supervisé, l'aide à la vie quotidienne et le suivi social :

- 69% des patients ont besoin d'un hébergement supervisé et d'un suivi social (36% avec une aide à la vie quotidienne et 33% sans aide à la vie quotidienne)
- 29% de ceux qui ont un projet d'orientation ont, en plus, besoin de soins somatiques après la sortie.

Les besoins varient fortement avec l'âge, les plus jeunes pouvant davantage être orientés vers des structures sociales et les plus âgés vers des structures médico-sociales.

Globalement, les patients pouvant quitter l'hôpital présentent plutôt des symptômes sévères en termes psychiatriques selon l'Échelle Globale de Fonctionnement (EGF)¹⁵ et légers en terme de dépendance selon les Groupes Iso Ressources (GIR)¹⁶. Les patients schizophrènes sont généralement moins graves et moins dépendants que les autres mais, comparativement, ils sont moins nombreux à pouvoir bénéficier d'une prise en charge alternative à l'hospitalisation complète.

Les données relatives aux projets d'orientation, spécifiques à l'arrondissement du Havre présentent quelques différences.¹⁷

¹⁵ Cette échelle permet de classer les malades mentaux en 3 catégories : légers, moyens, lourds.

¹⁶ Cette échelle permet de mesurer la dépendance. Conçue à l'origine pour être utilisée chez les personnes âgées, elle l'est aujourd'hui pour d'autres populations.

¹⁷ Etude régionale de psychiatrie menée par la DRASS et l'ARH, partie plus spécifiquement consacrée à l'agglomération du Havre.

La proportion de patients pouvant bénéficier d'une autre prise en charge que l'hospitalisation à temps complet est plus élevée au centre P. Janet du Havre (79,6%) que dans la région Haute-Normandie (65,8%).

En revanche, les patients pour lesquels existe un projet d'orientation sont proportionnellement moins nombreux (58,1% à P. Janet contre 65,3% pour la région).

La proportion des sorties retardées est également supérieure (72% contre. 63,7% pour la région Haute-Normandie).

Les motifs de retard à la sortie des patients sont le plus souvent le manque de structures adaptées (43% des situations contre 27% dans la région Haute-Normandie). Parmi les structures manquantes, les équipes pluridisciplinaires du centre P. Janet évoquent, dans 42,5% des cas, le manque de Maisons d'Accueil Spécialisées comportant une unité spécialisée psychiatrique et, pour 20%, des structures telles que des foyers de vie. Le motif essentiel de retard de sortie lié à un dysfonctionnement de la filière d'aval cité par l'enquête est le manque de places dans les structures existantes (45,5%).

b) Le recensement posé par les schémas territoriaux de santé

Le plan national de santé mentale est décliné par les DRASS qui veillent au respect d'une bonne couverture territoriale en termes de structures et de services et pilotent la répartition des fonds entre les échelons départementaux (DDASS). Ceux-ci établissent ainsi, dans le domaine du logement, les Schémas Accueil, Hébergement, Insertion (SAHI) qui définissent les voies et moyens de la prise en charge tant de l'hébergement d'urgence que de l'hébergement d'insertion pour les populations handicapées ou de malades mentaux, objet de notre recherche.

Depuis les lois de décentralisation, les conseils généraux ont, pour leur part, l'obligation d'établir des schémas départementaux du handicap. En Seine-Maritime, ce schéma a été adopté le 11 octobre 2005 pour une période de 5 ans. Ce document traite à la fois des questions relevant de la compétence du département et des domaines d'intervention de l'État et de l'Assurance Maladie. L'ensemble des partenaires institutionnels et les associations représentatives des personnes handicapées ont été très largement associés aux travaux. Ce texte a pour ambition d'offrir des services plus diversifiés, plus souples et davantage coordonnés, pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap. Un diagnostic quantitatif et qualitatif a permis de mieux identifier les besoins en Seine-Maritime. Sept groupes de travail ont mené une réflexion à partir de thèmes jugés centraux et, notamment, celui relatif aux liens nécessaires entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en matière d'hébergement et de logements avec, pour ambition constante, un accès au droit commun à chaque fois que cela est possible.

Des conférences territoriales ont été, en outre, organisées à Rouen et au Havre pour recueillir les avis et propositions des différentes familles d'acteurs : associations, institutions, professionnels du handicap...

Il a ainsi été constaté que 94% des structures d'accueil et d'hébergement pour adultes sont amenés à refuser des admissions faute de place, ce que confirme le dernier rapport d'activité de la Maison Départementale du Handicap, avec des listes d'attente dans toutes les catégories d'établissements médico-sociaux accueillant des adultes handicapés de tous types : foyers de vie, foyers d'hébergement, Foyers d'Accueil Médicalisés, Maisons d'Accueil Spécialisées. Il faut également souligner l'importance du SROS pour la période 1994-1999, SROS II pour la période 1999-2004 et SROS III pour la période actuelle. Ces documents ont mis en relief les besoins d'articulation à définir et à organiser entre le secteur sanitaire et les secteurs sociaux et médico-sociaux, notamment au travers de la nécessité de développer des formes alternatives à l'hospitalisation classique en psychiatrie.

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées a ajouté à tous ces schémas et plans un nouvel outil de programmation, le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Ce programme tend à adapter et à faire évoluer l'offre régionale d'accompagnement collectif médico-sociale. Il fixe, sur 3 années, la planification des créations, extensions et transformations des établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap lorsque celles-ci relèvent de la compétence tarifaire du préfet. Ce texte présente un caractère contraignant puisqu'il s'impose aux autres acteurs qui doivent agir en prenant en compte les objectifs du PRIAC¹⁸.

Le PRIAC de la région Haute-Normandie a été élaboré à partir d'un diagnostic partagé visant à établir l'état des lieux de l'offre et des besoins en matière d'accompagnement médico-social. En ce qui concerne le secteur des personnes handicapées, les demandes ont été très nettement orientées vers la résorption des listes d'attente importantes à l'entrée des établissements dédiés à ces publics.

Au plan local, sur l'arrondissement du Havre, un projet de territoire relatif au handicap psychique a été réalisé et validé par un comité de pilotage réunissant les représentants de la DDASS de Seine-Maritime, de la DRASS de Haute-Normandie, de

¹⁸ Article L313- 4 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

l'ARH, du conseil général de Seine-Maritime et des professionnels et associations du secteur. La volonté de ces acteurs locaux visait à donner corps aux principes et orientations du Plan de santé mentale (2005-2008) avec, pour objectif central, la nécessité d'intégrer la question du handicap psychique dans la politique publique relative au logement et à l'hébergement.

Il s'agit, d'une part, d'améliorer l'accompagnement des personnes handicapées psychiques et, d'autre part, de favoriser leur accès au logement ou à l'hébergement adaptés. Il faut enfin, au niveau local, que les priorités fixées par le schéma départemental du handicap soient respectées, à savoir :

- Favoriser la création de structures mixtes sanitaires et médico-sociales pour les personnes handicapées psychiques nécessitant une assistance et une surveillance importantes ;
- Promouvoir l'ouverture de Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)¹⁹ et de Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)²⁰ ;
- Améliorer la prise en charge en institution en développant des projets individuels adaptés, la préparation à la sortie et la recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation ;
- Assurer le développement de formes d'accueil et d'accompagnement adaptées : appartements relais²¹, résidences sociales, accueil familial thérapeutique²² et accueil familial social²³.

Les représentants de la DDASS, insistent sur le fait qu'en matière de planification, un effort de coordination a été accompli, puisqu'une seule structure de pilotage a été mise en place pour rédiger le volet santé mentale du SROS, le volet santé mentale du PRSP, et les deux schémas départementaux de santé mentale. Le PRIAC a, quant à lui, fait du handicap psychique une priorité. L'objectif du niveau régional (DRASS) est la mise en cohérence du diagnostic et des initiatives. Un nouveau SAHI est en cours d'élaboration, mais la question était déjà présente dans le SAHI précédent. Une commission d'harmonisation existe pour que les différents partenaires se concertent sur les cas les plus difficiles.

¹⁹ Les SAVS ont pour mission l'accompagnement des personnes dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence et de leurs activités sociales, scolaires ou professionnelles.

²⁰ En plus de missions des SAVS, les SAMSAH comportent des missions de soins.

²¹ Les maisons relais ont vocation à loger, de façon durable, des personnes issues de la grande exclusion.

²² Placement intermittent dans des familles employées par l'hôpital.

²³ Accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes handicapées adultes.

1.1.2 Un recensement corroboré par les acteurs de terrain

Les acteurs de terrain recensent un certain nombre de besoins en prestations offertes ainsi qu'en structures d'hébergements et de logements.

a) Un recensement des besoins en prestations offertes

Les difficultés que présente le territoire de santé du Havre sont clairement identifiées. Une enquête place, en effet, le Havre au 34^{ème} rang des 36 territoires de santé étudiés, en termes de lourdeur des pathologies et du nombre de malades, toutes pathologies confondues²⁴.

Le corps médical et l'administration de la filière psychiatrique du groupement hospitalier du Havre (GHH) soulignent un taux d'occupation des lits préoccupant, s'élevant à 115%²⁵. Celui-ci pose un réel problème de rotation pour l'accueil des patients « aigus », nécessitant une prise en charge hospitalière immédiate.

La situation est devenue particulièrement critique depuis septembre 2006, date à laquelle 5 à 6 patients ont fait « craquer le système »²⁶, en saturant les quelques lits qui permettaient une certaine fluidité. Il s'agit en particulier de patients graves cérébrolésés.

Cette saturation a pour conséquence une baisse de la DMS des patients non chroniques à un seuil minimum de 3 jours, ce qui n'assure plus une qualité et une sécurité des soins optimales. Un certain nombre de patients aigus sont, de fait, pris en charge par les structures ambulatoires, avec des risques de ré hospitalisation via les urgences somatiques.

La quantification du problème varie selon les interlocuteurs, mais se situe entre 50²⁷ et 80²⁸ patients qui relèveraient de structures alternatives à l'hospitalisation.

Le référent de la DRASS à l'ARH rappelle l'importance de l'accompagnement social (SAMSAH, SAVS, logement adapté, ...) pour permettre aux patients d'accéder à un logement ou de s'y maintenir. Quant à l'accompagnement sanitaire, il évoque l'importance du lien avec le secteur (CMP, équipes mobiles de psychiatrie).

Selon les représentants des familles de patients, l'accès au logement des personnes souffrant de troubles graves et persistants est difficile, mais il tend à s'améliorer. Ils expriment leurs besoins en termes de mobilisation de tous les acteurs, de la nécessité d'un suivi ambulatoire via les GEM, les hôpitaux de jours, les SAMSAH, les

²⁴ Impact médecine, octobre 2006.

²⁵ Entretien avec le pôle psychiatrie de l'hôpital Janet.

²⁶ Ibid.

²⁷ Entretien avec le chef du pôle psychiatre de l'hôpital Janet.

²⁸ Entretien avec le directeur administratif du pôle psychiatre de l'hôpital Janet.

SAVS... et de collaboration des secteurs sanitaire, social et médico-social. L'objectif est de répondre aux besoins de logements des personnes hospitalisées au long cours et de celles relevant du secteur extra hospitalier (hôpital de jour, CATTP), qui vivent dans des conditions insalubres. Il s'agit de redonner de la dignité aux personnes grâce à des projets individualisés.

Les associations qui gèrent des structures alternatives à l'hospitalisation ont pour préoccupation principale la réhabilitation de la place de l'usager.

D'un point de vue quantitatif, il s'agit d'offrir différentes solutions de logement (cohabitation, colocation : maison communautaire), en s'appuyant sur des expériences locales souvent issues d'initiatives sanitaires, mais le nombre de places s'avère souvent insuffisant.

D'un point de vue qualitatif, plusieurs besoins sont exprimés :

- Suivi et accompagnement du patient vers l'autonomie et responsabilisation au sein d'un logement personnel ou collectif ;
- Définition d'un projet personnalisé auquel participe et adhère le patient en respectant le principe de « l'usager au cœur du dispositif » ;
- Implication des familles dans le respect du processus thérapeutique ;
- Prise en charge globalisée alliant projet de soins et projet de vie ;
- Complémentarité entre le secteur sanitaire et les secteurs social et médico-social, supprimant les antagonismes ;
- Mixité des populations afin de ne pas transformer en ghettos les lieux de vie et lutter contre la stigmatisation ;
- Mise en adéquation profil d'établissement et profil de patient, en tenant compte de leur diversité ;
- Création de structures spécialisées ou polyvalentes en fonction des besoins ;
- Adaptation des compétences des personnels aux modes de prise en charge requis ;
- Évaluation régulière des pratiques en croisant nécessairement les différents champs d'intervention.

Les représentants de la DDASS soulignent la réciprocité de la problématique, en insistant sur le fait que certains usagers des structures sociales et médico-sociales relèveraient plutôt de l'hôpital psychiatrique. Nous n'avons pas traité de ce volet du sujet qui nécessiterait, à lui seul, une enquête spécifique.

b) Un recensement des besoins en structures d'hébergement et de logement

Le problème rencontré par les patients chroniques est précisément analysé par le GHH. Sur 100 patients hospitalisés depuis plus de 9 mois un jour donné dans les services de psychiatrie (sur un total de 210), 80 le sont de façon inadéquate et nécessiteraient une réorientation :

- 25 relèveraient d'une MAS pour déficients psychiques, avec l'appui d'une équipe psychiatrique de liaison
- 10 d'une MAS pour autistes
- 15 de structures de géronto-psychiatrie : EHPAD, HAD psychiatrique...
- 3 ou 4 de foyers de vie médicalisés
- 15 d'hébergements relais avec SAMSAH
- 15 de logements autonomes avec soins ambulatoires.

On peut noter une différence d'appréciation entre le point de vue de la DRASS et celui des professionnels du secteur sanitaire quant à une éventuelle spécialisation des structures médico-sociales. Chacun a en effet une approche correspondant à sa culture et à ses besoins propres. Ainsi les associations souhaitent en priorité prendre en charge les pathologies de leurs adhérents, tandis que le secteur sanitaire privilégie l'approche médicale de ses patients fondée sur la spécialisation.

Les bailleurs sociaux ne semblent pas réticents à se pencher sur la problématique d'accès et surtout de maintien à domicile des personnes handicapées psychiques mais, en contrepartie, ils demandent des garanties en cas de crise.

1.2 Identification des structures et services constituant l'offre alternative à l'hospitalisation

L'offre alternative à l'hospitalisation est composée de structures relevant des domaines sanitaires (1.2.1), social et médico-social (1.2.2) ainsi que d'autres relevant du droit commun (1.2.3). L'accompagnement social et médico-social vient les compléter (1.2.4).

1.2.1 L'offre sanitaire alternative en faveur des adultes handicapés psychiques au sein de l'agglomération havraise

En matière d'offre sanitaire alternative pour les adultes souffrant de maladie mentale, en dehors des cas où le patient devrait être réorienté vers un hôpital plus adapté, plusieurs formes d'offre sanitaire peuvent être envisagées. Au sein du Havre, ont été installés différents dispositifs ou structures.

a) L'accueil familial thérapeutique

Cet accueil dépend du secteur psychiatrique²⁹. L'hôpital constitue l'employeur de la famille d'accueil. Les patients y sont accueillis de façon intermittente, temporaire ou permanente³⁰. Dans la Seine Maritime, il existe 40 places en AFT³¹. Au sein de l'agglomération du Havre, le GHH gère par exemple 12 places en accueil familial thérapeutique conçues à l'origine pour répondre à un besoin séquentiel de personnes adultes souffrant de maladie mentale. Cependant, cette forme d'accueil s'est révélée peu à peu insuffisante et, de séquentiel, l'accueil est devenu permanent, ce qui dénote le manque de fluidité du dispositif. Certaines places ont été transformées afin de constituer des lieux de vie pour les patients.

b) Les foyers de post-cure et appartements thérapeutiques

Rattachés au secteur psychiatrique, il s'agit d'unités de moyen séjour destinées à assurer un prolongement des soins après la phase aiguë de la maladie. Ils sont animés par une équipe soignante du secteur et visent à la réinsertion sociale et au retour à l'autonomie³². L'association « Côté cour » gère ainsi 14 places de post-cure au sein de son foyer « La Barrière d'or », unité fonctionnelle de l'hôpital qui accueille des patients stabilisés encadrés par une dizaine de soignants.³³

c) Les appartements associatifs du secteur psychiatrique

Mode d'hébergement thérapeutique semi-collectif, le plus souvent organisé dans un appartement ordinaire avec plusieurs chambres individuelles, l'appartement associatif accueille des personnes dans un état psychotique stabilisé n'occasionnant pas de troubles du comportement trop bruyants. Ils sont animés par une équipe soignante du secteur. Des associations comme UNACLUB (2 appartements financés par le GHH) ou Côté Cour (20 appartements) gèrent ce type de structures.

1.2.2 L'offre sociale et médico-sociale alternative en faveur des adultes handicapés psychiques au sein de l'agglomération havraise

En dehors d'une prise en charge purement sanitaire, les adultes handicapés psychiques sont susceptibles de bénéficier d'une prise en charge médico-sociale ou tout simplement sociale.

²⁹ Loi n°89-475 du 10 juillet 1989, Arrêté du 1^{er} octobre 1990, Note d'orientation DH/JB/ n°91-72 du 27 décembre 1991.

³⁰ Les hébergements des patients psychiatriques, réflexions à partir des expériences d'Île de France, in Pluriels, n°65, février 2007.

³¹ Rapport 2002 de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, « Rapport sur la santé mentale dans le département de l'Eure ».

³² Les hébergements des patients psychiatriques, réflexions à partir des expériences d'Île de France, in Pluriels, n°65, février 2007.

³³ Entretien avec un responsable de l'UNACLUB, affiliée à l'UNAFAM.

a) L'offre médico-sociale alternative au sein de l'agglomération havraise

L'offre médico-sociale alternative havraise s'inscrit dans le cadre plus large d'une offre médico-sociale régionale. Cette offre apparaît diversifiée même si certaines réserves se posent quant au rôle que peuvent remplir les EHPAD et les MAS dans la prise en charge des adultes souffrant d'une maladie mentale.

➤ La place de l'offre médico-sociale havraise au sein de l'offre médico-sociale régionale

Les structures médico-sociales proposent un accueil souvent définitif, adapté au degré de dépendance des handicapés, des plus dépendants d'entre eux (FAM et surtout MAS) aux travailleurs handicapés (foyer d'hébergement). Certaines sont financées par le département (foyer d'hébergement³⁴, foyer occupationnel ou de vie³⁵), d'autres par le département et l'Assurance Maladie/CNSA (FAM³⁶) et d'autres enfin, exclusivement, par l'Assurance Maladie et la CNSA (MAS³⁷).

La région Haute-Normandie est bien dotée en FAM³⁸, mais moins bien dotée en MAS³⁹. Au sein de la région, on observe des disparités entre les départements. En effet, si le département de la Seine-Maritime semble bien équipé en FAM, il apparaît particulièrement sous-équipé en MAS (83 places contre 211 places dans l'Eure, département pourtant beaucoup moins peuplé)⁴⁰. La communauté d'agglomération havraise propose environ 550 places d'hébergement pour adultes handicapés, soit un taux inférieur à la moyenne régionale⁴¹. Les différents acteurs de terrain rencontrés pointent le déficit de la région en structures médico-sociales adaptées au public handicapé psychique, « au Havre, comme partout ».

➤ La diversité de l'offre médico-sociale en matière d'hébergement pour adultes handicapés psychiques

³⁴ Défini par la loi n°86-17 du 6 janvier 1986, les décrets n°77-1547 et 1548 du 31 décembre 1977, la loi du 02 janvier 2002.

³⁵ Défini par les décrets n°77-1547 et 1548 du 31 décembre 1977 et la loi du 02 janvier 2002.

³⁶ Défini par la circulaire n°86-6 du 14 février 1986 et la loi du 02 janvier 2002.

³⁷ Défini par le décret n°78-1211 du 26 décembre 1978, la circulaire n°62/AS du 28 décembre 1978, l'instruction n°403 du 28 décembre 1990 et la loi du 02 janvier 2002.

³⁸ 2,8 places contre 1,5 places pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans.

³⁹ 7 MAS accueillant 324 personnes lourdement handicapées, soit 0,3 places pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans, ce qui est sensiblement moins que le taux national (0,5).

⁴⁰ Rapport 2002 de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale, « Rapport sur la santé mentale dans le département de l'Eure » : « Pour l'accueil des adultes handicapés (lits et places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans au 1.01.2000) : 0,63 places en MAS (Eure) et 0,07 (Seine-Maritime) pour une moyenne nationale 1999 de 0,43 lits, 2 places (Eure) et 2,4 (Seine-Maritime), en foyer de vie et FDT, pour une moyenne nationale 1999 de 1,22 lits. ».

⁴¹ 4,0 places pour 1000 personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans, contre 4,2 places au niveau régional (Indicateurs sanitaires et sociaux en Haute Normandie, Observatoire Régional de la Santé, Septembre 2006).

La plupart des 544 places d'hébergement pour adultes handicapés (psychiques et/ou moteurs) de la communauté d'agglomérations havraise se situe au Havre même⁴² : 470 réparties entre 2 Foyers d'Accueil Médicalisé (118 places) ; 3 Foyers d'hébergement (97 places) ; 5 Foyers de vie / occupationnels (281 places) et 1 Maison d'Accueil Spécialisée (48 places). Il faut ajouter à cela les 74 places dans un foyer de vie situé à Rolleville. L'hébergement des adultes handicapés dans la ville du Havre est géré par quelques associations, dont la principale est la «Ligue Havraise», qui gère 44,5% de l'ensemble des places de la communauté d'agglomération. On trouve ensuite des associations comme l'Association des Paralysés de France, l'association Centre Vanier, Les Ateliers de Bléville ou Handas.

Cependant, sur les 544 places pour adultes handicapés, seules 385 sont ouvertes aux handicapés psychiques (déficience intellectuelle, handicap psychique, retard mental) : 234 leur sont exclusivement réservées⁴³ et 151 leur sont ouvertes dans des structures admettant toutes les sortes de déficiences⁴⁴. Sur les 385 places où peuvent être accueillis les handicapés psychiques, 242 (soit 62,3%) sont gérées par la Ligue Havraise, spécialisée dans l'accueil de cette population.

➤ **Les EHPAD : une solution pour certains patients psychiatriques vieillissants ?**

La communauté d'agglomération havraise se situe au-dessous de la moyenne régionale (sauf en ce qui concerne les SSIAD et les SLD), mais au-dessus de la moyenne nationale⁴⁵ en ce qui concerne le taux d'équipement en places pour personnes âgées de plus de 75 ans.

➤ **La MAS : solution miracle ou solution de facilité ?**

Si les MAS sont appelées à recevoir un public lourdement dépendant, on s'aperçoit que les distinctions fonctionnelles entre les différentes structures médico-sociales sont parfois assez difficiles à établir : par exemple, les FAM accueillent souvent des personnes fortement dépendantes pour lesquelles la construction d'un projet de vie peut s'avérer difficile. Il apparaît que l'orientation à la sortie de l'hôpital se fait plus en fonction des

⁴² D'après le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (<http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp>) corrigé par les données présentées dans le PRIAC 2006-2008 de Haute-Normandie (http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/html/accueil/pages/solidar/so1/so1_4.htm)

⁴³ Dans la MAS (48 places), 3 foyers occupationnels (146 places) et un foyer d'hébergement (40 places).

⁴⁴ Dans 1 FAM (57 places), un foyer occupationnel (57 places) et un foyer d'hébergement (37 places).

⁴⁵ « Avec plus de 25 000 places installées dans les différentes structures d'hébergement (permanent ou temporaire), la région dispose d'un taux d'équipement de 203,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 132,5 en France métropolitaine. En ce qui concerne la communauté d'agglomération Havraise, le taux d'hébergement est de 158,7 pour 1 000 soit un taux inférieur au taux régional mais supérieur à celui observé au plan national. » (Indicateurs sanitaires et sociaux en Haute Normandie, Observatoire Régional de la Santé, Septembre 2006).

occasions et des disponibilités qu'en fonction d'une étude des besoins réels du patient mis en lien avec les services proposés par la structure accueillante.

Ceci est certes dû à un manque de classification fiable des différents malades qui permettrait une orientation plus fine vers un type d'établissements leur convenant. Mais ceci est dû aussi à la propension des CHS à considérer la MAS comme la réponse la plus adéquate pour leurs patients hospitalisés au long cours, au détriment de la diversité des solutions existant dans le champ médico-social. À ce titre, il est intéressant de constater que dans le PRIAC 2006-2008 pour la Haute Normandie, la création ou l'extension des MAS semblent prendre une place prépondérante dans les mesures médico-sociales nouvelles de la région (soit la création de 184 places de MAS en Seine-Maritime). Au Havre, une seconde MAS de 40 places (dont 20 réservées pour le GHH) pour autistes devrait ouvrir d'ici 2009 en collaboration avec l'association John BOST, et un autre projet de MAS spécialisée dans les psychoses chroniques est à l'étude, dont le promoteur serait soit le GHH lui-même, soit un GIP entre le GHH et la Ligue Havraise, sachant que cette troisième MAS n'est pas inscrite dans le SROS III.

Il est difficile de financer tous les projets de MAS soumis au CROSMS, d'autant que la MAS n'est pas nécessairement la solution adéquate dans la mesure où elle propose un accueil définitif et un accompagnement social plus faible que d'autres solutions d'hébergement. Enfin, les financeurs sont souvent réticents à financer des projets de MAS conduits par des CHS (...).

b) L'offre sociale alternative au sein de l'agglomération havraise

Il existe au Havre de nombreux dispositifs sociaux susceptibles d'accueillir des personnes souffrant de maladie mentale, une fois leur hospitalisation terminée.

Les CHRS⁴⁶ constituent des structures d'hébergement temporaire de moins de 6 mois visant à aider les personnes à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. En terme de CHRS, la Seine-Maritime est beaucoup mieux dotée que la moyenne nationale, puisqu'on dénombre 2,1 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, contre 0,9 au niveau national⁴⁷.

Les maisons relais, quant à elles, s'apparentent à des structures de taille réduite regroupant des appartements autour d'un espace commun. Elles sont articulées autour de trois volets : un logement assorti de la présence d'un hôte, un accompagnement à la vie sociale (SAVS ou SAMSAH) et un service de santé dont les services de psychiatrie⁴⁸. La Seine-Maritime compte 40 places en maisons relais, dont 25 dans le secteur du Havre,

⁴⁶ Article L.313-1 à L.313-8 et article L.345-1 à L.345-7 du CASF : décret du 26 novembre 2003 et la loi du 02 janvier 2002.

⁴⁷ Rapport 2002 de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale, « Rapport sur la santé mentale dans le département de l'Eure ».

⁴⁸ Circulaire DGAS/SDA/2002/595 du 10 décembre 2002, circulaire de 2006-13 UHC/IUH2 du 1^{er} mars 2006.

réparties entre deux maisons relais⁴⁹. Des projets sont actuellement menés afin de compléter cette offre : deux maisons relais de 7 lits chacune, spécialisées dans l'accueil de population relevant de psychiatrie, sont financées au niveau national, dans le cadre de crédits fléchés. Elles sont portées par l'association Côté Cour, actuellement rattachée au GHH. L'une d'entre elles ouvrira sous peu et l'autre est en cours de réalisation.

1.2.3 L'offre de droit commun en faveur des adultes handicapés psychiques au sein de l'agglomération havraise

L'accès au logement de droit commun pour une personne souffrant de maladie mentale peut s'avérer problématique. En effet, la difficulté d'intégration de cette dernière au sein de la Cité, en raison de sa pathologie, ou de la représentation sociale du malade mental, peut générer appréhension et rejet de la part de la population environnante et des bailleurs.

Face à ces blocages, un dispositif ad hoc a été mis en place dans le cadre du contrat de ville 2000-2006 de la communauté d'agglomérations havraise. Au travers du Pôle Insertion Logement (PIL), un coordinateur est chargé de faire vivre le partenariat entre les différents acteurs du secteur : la DDASS, les 7 bailleurs sociaux du Havre, les associations, le département, les GEM, le GHH...⁵⁰ Ce travail a permis de faire émerger les inquiétudes des bailleurs et de mettre en place différents projets afin de répondre à ces dernières (mise en place d'une équipe mobile psychiatrique, politique de sensibilisation des bailleurs, ...)

En matière de logement social, il n'existe pas de manque au Havre, même si l'on peut noter une certaine vétusté des habitations⁵¹. Y sont implantés 30.000 logements HLM, soit un tiers du parc total de logement⁵². Ce logement social relève plus souvent d'opérateurs privés que publics. Outre ces logements sociaux, existent des logements très sociaux, comme les résidences sociales ou d'accueil⁵³. Globalement, la ville du Havre est relativement bien dotée en logements aidés.

1.2.4 L'accompagnement social et médico-social au sein de l'agglomération havraise

À côté de ces formes de prise en charge globale du patient, un suivi sanitaire et social du patient sorti de l'hôpital vers un logement autonome est nécessaire. Que ce soit

⁴⁹ http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/mais_rel.pdf

⁵⁰ Entretien avec M. Stéphane Reveau.

⁵¹ Entretien avec Mme Lefrèche.

⁵² <http://www.ville-lehavre.fr>

⁵³ Circulaire n°95-33 du 19 avril 1995 ; Circulaire n°96-753 du 17 décembre 1996 ; Circulaire DGAS/IPIA/2000-452 du 31 août 2000.

dans les structures médico-sociales ou dans le logement de droit commun, le patient doit être suivi par le secteur psychiatrique ou par des services d'accompagnement social.

a) L'offre sanitaire ambulatoire

Sur le Havre, le suivi psychiatrique des patients sortis d'hôpital peut être compromis en raison du déficit de psychiatres libéraux (19 seulement). Ce suivi est cependant assuré en partie par les CMP de secteur. Par ailleurs, le SROS III encourage la création d'équipes mobiles de psychiatrie : au Havre, ce dispositif n'existe que depuis décembre 2006⁵⁴.

b) L'accompagnement social

Les SAVS⁵⁵ assurent, sous la conduite d'une équipe pluridisciplinaire, l'accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie. La région du Havre compte 3 SAVS (111 places), gérés par la Ligue Havraise (déficience mentale), l'Atelier de Bléville (déficience mentale) et ADEO (toute déficience).

Les SAMSAH⁵⁶ remplissent des missions identiques à celles des SAVS, tout en assurant un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Au Havre, il existe un SAMSAH de 15 places, cogéré par le GHH et la Ligue Havraise. Cette offre est appelée à se développer considérablement, sous l'impulsion des différents schémas de planification. Ainsi le projet d'un nouveau SAMSAH au Havre est monté conjointement par les associations Côté Cour et UNACLUB.

⁵⁴ Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/IA/IB/521 du 23 novembre 2005.

⁵⁵ Loi du 2 janvier 2002, décret n°2005-223 du 11 mars 2005.

⁵⁶ Loi du 2 janvier 2002, décret n°2005-223 du 11 mars 2005.

2 Malgré une régulation encore perfectible du système, une implication des acteurs favorable à l'émergence de solutions

La maladie mentale et les représentations qu'elle suscite entraînent des résistances sociales qui accroissent la difficulté d'insertion de l'usager et exigent plus de cohérence dans l'action des secteurs concernés (2.1). Pour autant, l'observation du site havrais dans sa singularité met en évidence des pistes ouvertes par les acteurs eux-mêmes ; et la présentation critique qu'ils ont livrée de leurs propres expériences élargit le champ de la réflexion (2.2).

2.1 La spécificité du handicap psychique ajoute à la difficulté d'action concertée des acteurs au sein d'une planification en devenir

Des freins liés à la maladie mentale et aux représentations sociales qu'elle véhicule existent (2.2.1). Ils s'ajoutent à des conditions de sortie insuffisamment préparée qui fragilisent les projets de réinsertion (2.1.2).

2.1.1 Le handicap psychique qui limite l'autonomie de la personne est souvent aggravé par les représentations sociales auxquelles il renvoie

Le handicap psychique est lui-même porteur d'exclusion et peu toléré dans le milieu ordinaire.

a) La spécificité du handicap psychique

La maladie mentale complexifie le rapport au milieu ordinaire. Le malade mental reste vulnérable au regard de ses capacités d'adaptation aux événements et aux modifications de l'environnement, ce qui entraîne un risque d'exclusion et de souffrance. Les phases d'apragmatisme - l'incapacité à agir et à décider pouvant entraîner l'inactivité et le confinement chez soi - l'exposent à des difficultés parfois insurmontables pour effectuer les gestes et actes simples de la vie sociale⁵⁷. La perte diversifiée des conduites adaptatives, la difficulté à mobiliser les compétences antérieurement acquises, à utiliser les liens sociaux antérieurement construits, à nouer de nouvelles relations affectives et sociales stables et diversifiées entraînent une solitude affective, sociale et relationnelle.

⁵⁷ Dans le 11^{ème} rapport du Haut Comité au Logement pour les Personnes Défavorisées, il est mentionné le cas d'une personne psychotique qui a un logement mais ne veut pas y retourner car elle est convaincue « que ses voisins veulent lui faire la peau ». Les personnes atteintes de névroses obsessionnelles peuvent vivre chez elles au milieu d'immondices et de tas de journaux dont aucun n'aura été jeté car l'angoisse les empêche de faire un tri, les graves dépressions et notamment les mélancolies entraînent les personnes vers « une mort à petit feu »...

La pathologie mentale, même stabilisée, est donc potentiellement génératrice d'exclusion. Le besoin d'une prise en charge globale du handicap psychique tant sociale que sanitaire repose donc sur la nécessaire co-élaboration du parcours de vie plutôt que du seul parcours de soins.

b) L'effet des représentations sociales du handicap psychique sur la prise en charge globale

Le rapport PIEL et ROELANDT en 2001 soulignait que l'image des patients psychiatriques dans le public reste fortement liée en France à l'existence de l'hôpital psychiatrique et des notions d'enfermement qui l'entourent. Les « fous » d'hier, « malades mentaux » d'aujourd'hui, sont perçus comme dangereux et leurs actes et paroles comme échappant à toute considération rationnelle. La population pense souvent seul l'hôpital psychiatrique peut soigner ces maladies, avec un traitement médicamenteux. Les représentations du handicap, ajoutées aux incapacités propres à la maladie mentale, constituent un frein à l'accès au logement. De plus il arrive que les professionnels de la psychiatrie et du champ médico-social partagent parfois eux-mêmes ces représentations, ce qui n'est pas sans effet sur le soin. Le dispositif sanitaire se trouve ainsi quelque fois en perte de crédibilité auprès des structures médico-sociales, qui l'accusent de ne pas mettre suffisamment en œuvre sa technicité pour leurs résidents et de procéder à des réorientations prématurées. En retour, les services de psychiatrie peuvent accuser le médico-social de générer ses propres situations de crise, de se «défausser» sur le sanitaire mis en difficulté par des transferts inadaptés. On peut constater à cet égard que des expériences d'accès au logement du type «la Clé», association à Rouen qui gère des appartements collectifs et individuels, se sont créées à partir de l'hôpital et de lui seul. Le secteur hospitalier cherche souvent à assurer le tremplin vers l'extérieur par une « incursion » du soin dans un parcours de vie qui doit aussi reposer sur l'accompagnement social.

2.1.2 Une préparation insuffisante de la sortie qui peut conduire à des orientations inadaptées

Le temps nécessaire à la préparation adéquate des projets, est à la hauteur de l'enjeu que la sortie représente au regard des éléments déjà cités.

a) Les temps de préparation à la sortie peuvent être insuffisants

La chronicisation ne se définit pas en termes de durée de prise en charge mais comme abandon de tout projet et absence de perspective pour un patient. Même les structures de soins à temps partiel peuvent être le lieu d'une chronicisation. Pour préparer la sortie, les équipes doivent donc définir avec chaque patient et son entourage des échéances pertinentes. Or, les temps de préparation ne sont pas forcément compatibles

avec l'urgence de la gestion des flux entrants dans les unités de soins. Cette gestion en flux souvent tendus peut conduire à une inadéquation entre les besoins du patient et son orientation. Ainsi, la MAS est souvent l'orientation jugée la mieux adaptée pour deux raisons principales : d'une part elle est aux yeux des équipes de soins un prolongement « naturel » du sanitaire, d'autre part elle est le seul lieu d'accueil pour un certain nombre de patients.

L'accueil familial thérapeutique, séjour de rupture ou étape d'un accueil séquentiel, peut, face à une pression gestionnaire, se transformer en accueil définitif selon les analyses d'un PH du GHH. Or sa vocation première, rappelle-t-il, est d'être une passerelle vers la cité. La recherche de solutions de continuité graduées est essentielle lors de la mise en œuvre d'une prise en charge extrahospitalière. Ainsi, des patients accueillis dans des structures occupationnelles sont souvent réhospitalisés, car le manque de prise en compte de leur pathologie entraîne des rechutes dans ce type de structures. A cet effet, le SROS 2006-2001⁵⁸ pour la Basse-Normandie encourage vivement le rapprochement des secteurs sanitaire, social et médico-social pour une prise en charge alternative des patients.

b) L'importance de la préparation de la sortie afin d'éviter les orientations inadaptées

Lors de notre rencontre avec un PH du CHS du Rouvray, nous avons évoqué des parcours d'usagers dont les orientations de sortie inadaptées ont conduit à des réhospitalisations.

Trajectoire 1 : Mr X est, avec son accord et celui de l'équipe du CHS référent, orienté dans une structure médico-sociale. Il passe ainsi d'un lieu de soins à un lieu de vie. La pathologie de Mr X est stabilisée pour autant qu'il ne s'alcoolise pas, ce qui était le cas pendant son hospitalisation. Au sein de la structure médico-sociale qui est devenue son « domicile privé », Mr X s'alcoolise et sa pathologie refait surface. La structure informe alors l'hôpital qu'elle ne peut plus assurer la prise en charge de Mr X dont le caractère et les habitudes de vie sont devenus incompatibles avec la vie en institution. Méfiance réciproque entre les deux secteurs...

Trajectoire 2 : Melle Y est une jeune femme pouvant s'appuyer sur une famille aidante et qui n'a jamais été « chronicisée » (pas de passage par le moyen séjour). Bénéficiant d'un traitement traditionnel retardé (injection) et stabilisée, elle intègre un appartement collectif. L'infirmière de liaison, ainsi que le personnel de l'HDJ que fréquente encore la patiente, se rendent alors compte que le traitement n'est pas adapté et lui provoque des crises

⁵⁸ Schéma régional d'organisation sanitaire, Haute Normandie (2006-2011).

schizophréniques qui l'ont conduite à être réhospitalisée. Elle bénéficie aujourd'hui d'un nouveau traitement qui la rend plus présente, et moins apragmatique. Aujourd'hui sa fréquentation du CMP et sa participation à des modules d'explication de sa maladie l'ont rendue plus actrice de son traitement. Elle est désormais prête à vivre en appartement individuel. Elle fait également partie d'un GEM avec le soutien duquel elle étaye son projet de vie...

2.1.3 Une coordination encore difficile des acteurs

De même, la complexité de la mise en œuvre d'un projet adéquat souffre de n'être pas suffisamment coordonnée.

a) Une articulation incomplète des différents secteurs de la prise en charge globale

Le DDASS de Seine-Maritime et le responsable de la MDPH au Conseil Général considèrent que l'articulation entre les acteurs de terrain sanitaire et médico-social est plus difficile qu'entre le sanitaire et le social, plus habitués à gérer l'urgence et les situations de crise. Selon eux, la sectorisation de la psychiatrie n'a pas abouti, au sens où cette dernière reste souvent son propre prescripteur et bénéficiaire. Les acteurs des dispositifs dédiés, notamment la MDPH, constatent un déficit de partenariat sur le terrain. La MDPH ne relève par ailleurs pratiquement aucune demande de logement individuel. La montée en charge des dossiers traités par la Commission Départementale d'Accès aux Droits et à l'Autonomie (400 par semaine) concerne principalement des demandes de prestations financières (Prestation Compensatoire du Handicap, Allocation Adulte Handicapé). Ainsi, actuellement, la priorité est donnée au maintien dans le logement plutôt que l'accès au logement. Malgré la mise en place dans l'agglomération du Havre d'un Pôle Insertion Logement visant à rapprocher les équipes de psychiatrie et les bailleurs (des crédits du PRSP ont été dédiés pour des actions de sensibilisation des bailleurs sur ce sujet), ces derniers se plaignent de la difficulté à identifier un interlocuteur sanitaire ou médico-social lorsque le retour d'une symptomatologie invalidante pour l'utilisateur, compromet le maintien dans les lieux.

Selon les divers acteurs que nous avons rencontrés, le partenariat se construit, mais au cas par cas, en fonction de relations professionnelles privilégiées. Il n'y a pas de vision générale qui permettrait une politique globale. C'est moins le choc des cultures que l'entrave d'une histoire marquée par une séparation des champs.

De même, les associations familiales, très imprégnées des situations de terrain s'expriment souvent de manière militante en faveur de tel ou tel type de pathologie sans discours plus généraliste en vue de la reconnaissance du handicap. Leur engagement est souvent lié à leur histoire personnelle. Elles ont à ce titre une connaissance aiguë des difficultés de la vie quotidienne des usagers et une expérience des freins à l'accès au

milieu ordinaire. Cependant, le savoir-faire qu'elles ont pu acquérir dans des prises en charge spécifiques (comme celle de l'autisme par exemple) ne les incitent pas à se positionner sur d'autres segments du handicap. A cet égard, la DDASS nous signale qu'il est actuellement difficile de trouver un promoteur pour le projet de MAS pour handicapés mentaux.

b) Une coordination perfectible pour une mise en oeuvre plus efficace des schémas et plans

Les acteurs institutionnels ont une vision encore souvent parcellaire de la problématique globale de l'accès au logement. A cela s'ajoutent des divergences d'évaluation des besoins, dont l'émergence rapide s'inscrit plus difficilement dans une planification à moyen ou long terme. Ainsi, si la planification promeut l'articulation des secteurs sanitaire, social et médico-social, les pratiques révèlent encore un cloisonnement défavorable à un parcours résidentiel assuré pour les patients sortants. Un décalage est dès lors perceptible entre les outils de planification et les initiatives locales. Ainsi une formulation telle que « améliorer l'information de la population générale sur les dispositifs de prévention, d'aide et de prise en charge de la santé mentale »⁵⁹, ne désigne pas précisément les acteurs qui doivent intervenir, les territoires à couvrir, les moyens humains financiers mis en œuvre. Lors des différents entretiens auprès d'institutionnels, il nous est apparu que de nombreuses initiatives suivent les préconisations formulées dans les divers plans, schémas et projets de territoire. Les applications et les implications sur le terrain sont donc réelles mais la multiplicité des initiatives locales génère des chevauchements et souligne une coordination insuffisante des acteurs qui se livrent à certains égards une forme de concurrence qui rend les arbitrages financiers plus difficiles. Par ailleurs, les délais de disponibilité des moyens financiers auprès des autorités décisionnaires ne sont pas favorables à la gestion de projets pourtant validés et agréés. Chacun des professionnels peine à intégrer dans son périmètre d'action les autres professionnels et à les associer à une prise en charge globale du patient, rassurante pour les bailleurs sociaux publics ou privés. Ceux ci, extérieurs au dispositif sanitaire et social, ont besoin d'interlocuteurs clairement identifiés pour trouver des solutions aux situations problématiques de logement.

2.2 L'observation des leviers de la dynamique havraise ouvre des pistes de réflexion

Le Havre, ville portuaire qui s'est nourrie depuis longtemps de l'apport de l'autre, du « différent », pour porter sa dynamique urbaine, offre un terrain favorable à la conduite de projets résidentiels pour le handicap psychique (2.2.1). L'expérience particulière des

acteurs montre une capacité à se saisir des nouveaux dispositifs d'accompagnement (2.2.2) et à promouvoir une politique de la ville en direction des personnes handicapées psychiques (2.2.3), ce qui nous suggère d'autres pistes de réflexion (2.2.4).

2.2.1 Une dynamique urbaine favorable à l'intégration du handicap psychique dans la cité

La découverte du Havre dévoile un site singulier où le secteur de psychiatrie fait des choix de gouvernance.

a) Une dynamique porteuse

L'histoire du Havre et son implantation géographique en ont fait un lieu de migrations importantes, imprégnant les populations d'une tolérance à l'égard de « l'Autre différent ». Cette ouverture de la ville et les périodes difficiles qu'elle a connues ont favorisé le développement d'un tissu associatif étoffé. La ville a su transformer les stigmates de la seconde guerre mondiale en atout touristique en obtenant son inscription au patrimoine mondial de l'UNESCO. Ces éléments ont conforté le dynamisme de l'agglomération et ouvert une trajectoire d'avenir. Le site a par ailleurs un parc de logements sociaux plutôt supérieur à la moyenne nationale.

b) Une psychiatrie organisée en un seul pôle bien relayée par le secteur associatif

En 1972 la psychiatrie est sectorisée sur le Havre par la création de quatre secteurs qui aujourd'hui s'organisent en un seul pôle à l'initiative de l'ensemble des acteurs de la psychiatrie. La mutualisation des moyens permet une meilleure prise en charge des patients dans leur projet de vie extra hospitalière. Profitant de l'attractivité de la cité, l'ensemble des postes de praticiens hospitaliers est actuellement pourvu au sein de l'établissement psychiatrique. Fort d'une histoire ancienne et active, le secteur associatif est devenu très influent dans la prise en charge de la maladie mentale.

2.2.2 L'appropriation des nouveaux dispositifs d'accompagnement

Le neuvième rapport du HCLPD⁶⁰ a bien mis en évidence que le secteur psychiatrique s'est emparé de la question du logement, souvent via les associations, pour saisir l'opportunité des « appartements thérapeutiques » comme alternative à l'hospitalisation. Les modalités de l'appartement thérapeutique, basées sur la sous-location, le partage, et la possibilité d'en ajuster la durée, en font un outil intéressant dès lors qu'il représente une étape dans le parcours résidentiel.

⁵⁹ Mesure 1.1.2-6 du Plan Régional de Santé Publique, Déclinaison régionale du Plan Psychiatrie et Santé Mentale.

⁶⁰ Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées.

Parallèlement, les associations familiales ont développé un autre concept devenu dispositif : le Groupe d'Entraide Mutuelle pour les personnes ne nécessitant pas une assistance permanente. Ces structures présentent l'intérêt d'être conçues pour et par les usagers ; elles exercent une vigilance afin d'éviter les situations d'abandon et d'exclusion. Dans de nombreux lieux on parle de « club » et la démarche est à la fois de « laisser les gens libres et de ne pas les abandonner⁶¹ ». A cet effet, un budget a été alloué à l'association UNACLUB, afin de créer un GEM. Les expériences menées ont en effet démontré l'efficacité de ce dispositif dans la réhabilitation sociale des patients stabilisés⁶².

Une circulaire récente⁶³ encourage la création et le développement de ce type de structure en attribuant des budgets spécifiques. La fluidité dans les parcours peut être également favorisée par des structures prévues par une circulaire en date du 10 décembre 2002. Il s'agit des maisons relais dont le texte précise qu'« elles sont destinées à l'accueil de personnes à faible niveau de revenus, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire ». Le PH du CHS du Rouvray que nous avons rencontré, nous a relaté la démarche collective de demande d'une aide-ménagère par un groupe de résidents stabilisés qui avaient du mal à accomplir les tâches ménagères dans la maison relais.

Une utilisation ciblée des moyens financiers mis à disposition a permis d'implanter sur le Havre deux maisons relais dédiées spécifiquement à la psychiatrie, d'augmenter le nombre de places d'accueil familial thérapeutique visant à resituer cette prise en charge comme un séjour de rupture avec l'hospitalisation intra muros, favorisant l'autonomisation du patient.

Enfin, la dynamique impulsée par la loi du 11 Février 2005 se déploie sur le terrain du Havre, puisqu'un premier SAMSAH⁶⁴ fonctionne déjà, et d'autres projets sont à l'étude notamment entre l'UNACLUB et l'association Coté Cour. Les SAMSAH permettent d'associer le soin et l'accompagnement social en se déplaçant sur le lieu de vie du demandeur pendant que les SAVS⁶⁵ accompagnent et soutiennent la vie sociale. On trouve souvent couplés SAVS et foyer d'hébergement. Le SAVS propose un accompagnement individuel et collectif dans le cadre d'activités éducatives comme la préparation de repas avec le concours de conseillères en économie sociale et familiale si le besoin est identifié. Les avis convergent parmi les personnes rencontrées pour

⁶¹ Rapport cité.

⁶² Certains GEM demandent un certificat médical pour garantir l'efficacité de la démarche.

⁶³ La circulaire du 01 mars 2007 met en exergue dans son volet relatif au développement de l'offre médico-sociale d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques la nécessité de soutenir la création des GEM.

⁶⁴ Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.

⁶⁵ Service d'Aide à la Vie Sociale.

reconnaître aux dispositifs d'accompagnement un rôle majeur de stabilisation des parcours résidentiels.

2.2.3 Le logement des handicapés psychiques au cœur de la politique de la ville

La CODHA, Communauté d'Agglomération Havraise a clairement intégré dans son contrat de ville la problématique du logement des handicapés psychiques. La DDASS est associée à la démarche au travers de son projet de territoire en direction du handicap psychique. Le principal outil du dispositif est le Pôle d'Insertion Logement (PIL), qui rassemble tous les acteurs concernés par cette problématique : municipalités, DDASS, Département, bailleurs (au nombre de 7 sur la place du Havre), associations, GEM, GH, responsables du logement temporaire et social.

Deux groupes de travail existent. Le premier se penche sur les difficultés que les bailleurs ont exprimées dans le cadre de ces rencontres, à savoir une quarantaine de situations de personnes logées en logement social et présentant des difficultés sociales comme fréquemment relevées par les associations familiales : hygiène, relations de voisinage et impayés de loyer. Ce travail axé sur la problématique du maintien dans le logement étudie plus particulièrement les difficultés rencontrées par les bailleurs. Une revue collective des dossiers problématiques permet de trouver des solutions de (re)logement et d'accompagnement plus adaptées.

Le second axe de travail concerne la réalisation d'un projet de maison relais et de plusieurs logements locatifs ordinaires avec gouvernante. L'objectif est de trouver des promoteurs privés et publics. Les garanties obtenues par les bailleurs (en particulier le cautionnement possible par le Conseil Général) sont susceptibles de les conduire à promouvoir l'accès au logement des personnes présentant des troubles psychiques graves et persistants.

Enfin, un troisième axe concerne l'information/sensibilisation des personnels des logements sociaux et des bailleurs afin de préparer les intervenants aux spécificités du handicap psychique et d'éviter la stigmatisation des résidents potentiels.

Le responsable de l'animation du PIL avec lequel nous nous sommes entretenus par téléphone souligne plusieurs points. Au Havre il existe une volonté pérenne de s'attaquer à cette question. La CODHA est un interlocuteur indépendant n'appartenant pas à l'un des champs sanitaire, social ou médico-social, éloigné des élus et proche des usagers concernés. Le chargé de mission qui anime le PIL est spécialiste du droit commun du logement et n'est pas spécialiste de la maladie mentale. Cette « neutralité » lui permet de mener à bien sa mission qui est de repérer les besoins, d'associer les acteurs dans des groupes de travail et de faciliter la mise en œuvre des préconisations qui en émanent. Si le point de départ est le droit commun du logement, l'objectif est de mettre en place, dans le cadre de la loi du 11 février 2005, les moyens de personnaliser les prises en charge

compte tenu des risques de précarité et d'exclusion auxquels l'utilisateur risque d'être confronté.

2.2.4 Des pistes de réflexion...

Les entretiens que nous avons eus avec les acteurs de la prise en charge du handicap psychique nous ont suggéré des rapprochements avec d'autres politiques publiques mises en oeuvre afin d'assurer la prééminence de l'utilisateur et de son parcours résidentiel, élément structurant du projet de vie dans la cité.

a) Des partenariats à encourager dans une planification qui intègre une réévaluation financière des projets

Les besoins en logement, en soin et en insertion sociale des malades mentaux s'inscrivent dans la durée et appellent une réponse globale. Le HCLPD dans son rapport préconise la création de structures médico-sociales qui devront mobiliser l'ensemble des financements correspondant à la globalité de leurs missions. L'implication des collectivités locales donne du poids et de l'impulsion à des initiatives trop souvent restreintes à une équipe médicale et à un bailleur. Elle permet de structurer le partenariat à l'échelle du territoire d'une ville ou d'une agglomération afin d'organiser la mise en synergie des politiques sanitaires, sociales et du logement. Une évaluation financière est par ailleurs nécessaire car ces initiatives nécessitent d'être réévaluées et ajustées. En effet, devant la multiplication des projets concernant la construction de nouvelles MAS alors que les possibilités de financement sont limitées à une seule MAS de 40 places, nous suggérons que le financeur (DRASS sur fonds CNSA) conditionne la création de cette structure à un portage de projet partenarial associant l'ensemble des secteurs, sanitaires, social et médico-social. Cela conduirait d'une part à la création d'une MAS adaptée aux besoins de la population qui ne peut être hébergée que dans cette structure et d'autre part à une collaboration des acteurs et à l'élaboration de nouvelles organisations de travail.

b) S'inspirer de la politique à l'égard des personnes âgées

Il y a plus de vingt ans, l'hospitalisation des personnes âgées posait problème. Les hospitalisations suivies de moyens et longs séjours contribuaient à la perte accélérée de l'autonomie physique et psychique des intéressées. L'expérience a montré que la prise en charge au domicile est coûteuse mais satisfaisante, car elle correspond au souhait de la personne d'y rester le plus longtemps possible. La juxtaposition d'une multitude de dispositifs d'aide tous utiles ont conduit à la mise en place d'un guichet unique : les CLIC⁶⁶. On peut imaginer un lieu semblable pour le handicap psychique : recensement des besoins et informations pour l'utilisateur handicapé psychique que pourrait investir la

⁶⁶ Comité Local d'Information et de Coordination

MDPH. L'objectif consiste à contribuer au projet de vie dans la cité. Une structure non sanitaire telle que la MDPH, participerait à la déstigmatisation du handicap mental, et serait plus facilement accessible aux personnes concernées, à leur entourage et aux professionnels qui les accompagnent. Une structure sanitaire telle que l'hôpital apporterait toutes les garanties de prise en charge médicale, mais ne répondrait que partiellement aux problématiques à résoudre et ne mettrait pas l'accent sur le levier majeur pour la réhabilitation de la personne handicapée mentale, à savoir sa resocialisation.

c) Associer le plus tôt possible les différents acteurs au projet de sortie

Les échanges que nous avons eus avec les praticiens hospitaliers psychiatres nous ont conduits à la conviction que le projet de sortie de la personne atteinte de troubles psychiques doit être pensé dès l'admission pour phase aiguë. Le parcours thérapeutique doit nécessairement s'inscrire dans une trajectoire de reconstruction sociale que le sanitaire doit étayer sans être une fin en soi⁶⁷. Faire appel à des moyens tels que l'ergothérapie, la médiation thérapeutique, la mise en place de modules d'information aux malades, la souplesse intersectorielle permet de soutenir plus efficacement l'élaboration de projets d'orientation qui évitent la chronicisation. La préparation de la sortie commence dès l'hôpital par une prise en charge graduée au sein des différentes unités psychiatriques (moyen séjour, HDJ, CMP...). Par ailleurs, l'hôpital pourrait contribuer par des actions de communication et de formation à modifier l'image de la maladie mentale tant auprès des autres acteurs de l'action sanitaire et sociale que du grand public. Cette ouverture sur la cité favoriserait l'accueil du handicap psychique.

L'hôpital doit aussi rassurer les différents gestionnaires des structures et services d'aval en leur garantissant une possibilité de réhospitalisation de tout patient en situation de crise. Cette garantie pourrait être contractualisée entre les parties afin de casser le cercle vicieux d'une méfiance réciproque qui nuit à la fluidité des parcours de reconstruction qui nécessiteraient d'être jalonnés de (courtes) périodes hospitalières.

d) Assurer une évaluation continue du handicap psychique au bénéfice de l'utilisateur et de son parcours résidentiel

L'évolution des pratiques professionnelles doit viser une réévaluation possible du handicap psychique pour l'utilisateur. En effet, la qualification du handicap qui permet l'ouverture de droits, en particulier financiers, est souvent connotée négativement, ce qui décourage les usagers de faire reconnaître leur handicap. La possibilité d'une réévaluation du handicap amoindrit son caractère stigmatisant. La circulaire du 1^{er} mars

⁶⁷ Certes, les murs de l'hôpital sont nécessaires et le seront toujours pour un certain nombre. « Il ne faut pas rêver la sortie mais l'imaginer » soulignait un médecin rencontré en évoquant le cas d'un patient placé en chambre d'isolement pour lequel aucune sortie n'est envisagée pour l'instant à défaut d'une médication stabilisatrice.

2007 préconise d'ailleurs de développer la coopération des MDPH et des équipes psychiatriques dans l'évaluation du handicap psychique. D'une façon générale, l'évaluation doit garantir une personnalisation des projets et une vigilance à l'égard des trajectoires afin d'anticiper des ruptures préjudiciables à la démarche d'insertion sociale. La perspective d'une convention « tripartite » qui réunirait l'engagement de l'utilisateur, des personnels sociaux et du médecin pourrait tenir lieu de projet individuel d'accompagnement. Ces modalités pourraient s'inscrire par ailleurs dans le cadre de coopérations comme les GCSMS⁶⁸ permettant d'évaluer, et de mettre en œuvre les prestations des services sociaux et médico-sociaux visant l'accès et le maintien dans le logement.

⁶⁸ Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale.

Conclusion

La prise en charge des populations atteintes de maladies mentales lourdes mais stabilisées, se caractérise par des modalités datées historiquement mais dont l'évolution est porteuse d'espoir.

Les malades d'« hier » ou hospitalisées en long séjour. C'est le lieu de la « chronicisation » asilaire, vécue comme une fatalité, au risque de nier à la personne internée son statut d'être humain à part entière.

Les patients chroniques d'« aujourd'hui » : ce sont des malades stabilisés mais dont le projet d'orientation extérieur, sur lequel tous les acteurs de l'hôpital s'accordent, dépend soit d'une place qui se libère, soit de la création d'un service. Les sorties se font au cas par cas, selon des partenariats établis localement et les opportunités, ce qui ne permet pas au projet d'être dessiné en fonction des besoins et désirs de l'usager. Les dispositifs soutenant la sortie sont fondamentaux pour eux. Ils doivent disposer de la souplesse que nécessite l'évolution du parcours et de la maladie. Cela interpelle l'hôpital sur sa souplesse interne et sa capacité à intervenir au long cours là où vivent les usagers, non plus dans des annexes mais dans des satellites.

La situation des patients de « demain » : les médecins rencontrés parlent de l'enjeu d'une réactivité nécessaire quand la rémission symptomatologique est acquise de manière suffisante, réactivité qui n'a de sens que si l'hôpital n'est plus l'acteur central mais dispose d'une place complémentaire à celle des autres acteurs. Sa compétence reconnue peut être partagée et réciproquement.

Pour cela, la prise en charge globale des malades mentaux stabilisés doit être assurée par une structure de coordination pluridisciplinaire, insérée dans la cité, accessible aux patients mais aussi aux professionnels des milieux sanitaires, sociaux (bailleurs inclus) et médico-sociaux. Cela pourrait être un service spécialisé sur le handicap mental, rattaché à la MDPH, ou bien une structure autonome sur le mode des CLIC ou des CRA⁶⁹, qui maillerait le territoire et qui disposerait d'une antenne, dans les principales agglomérations du territoire et donc au Havre.

⁶⁹ Centre de Ressources sur l'Autisme

Nomenclature des sigles

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLIC : Comité local d'information et de coordination
CMP : Centre Médico Psychologique
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
EGF : Echelle Globale de Fonctionnement
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
GEM : Groupe d'entraide mutuelle
GHH : Groupe hospitalier du Havre
HAD : Hospitalisation à domicile
HCLPD : Haut comité pour le logement des personnes défavorisées
HDJ : Hôpital de jour
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MR : Maison relais
PIL : Pôle insertion logement
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSP : Plan régional de santé publique
SAHI : Schéma accueil, hébergement, insertion,
SAMSAH : Service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés
SAVS : Service d'aide à la vie sociale
SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

Bibliographie complémentaire

OUVRAGES ET ARTICLES

BAILLON G., *Evolution des soins et réinsertion des malades mentaux*, 1995

CORMIER Henri, *Des « maisons » pour se donner le temps de l'autonomie*, ASH, 23 février 2007

FURTOS Jean, LAVAL Christian, MURARD Lion, *Elus des villes et santé mentale*, Revue Rhizome, octobre 2006

HAJBI Mathieu, *La dimension thérapeutique des lieux d'hébergement pour psychotiques, une idée oubliée de notre pratique : A propos d'une expérience d'appartements associatifs d'une équipe de secteur*, Revue perspectives psychiatriques, 2003, fascicule 1, pages 68 à 74

GERARD E., *Images de l'infirmier en psychiatrie*, Soins santé mentale, octobre 1995, p 17 – 18a

PAQUET Michel, *Quand la psychiatrie tend la main aux acteurs sociaux*, ASH actualités sociales hebdomadaire, 13 avril 2007

ZARIFIAN E, *L'image des psychiatres*, Soins santé mentale, octobre 1995, p 19-20

URRA – FAPIL et Habitat et humanisme, *Santé mentale et logement : sujet sensibles*, Editions Mario Mella, janvier 2005

ENQUETES ET RAPPORTS

9ème Rapport du haut comité pour le logement des personnes défavorisées, *Droit au logement : construire la responsabilité*, 3^{ème} partie consacrée au logement des personnes handicapées, La documentation française, novembre 2003, p. 61 à 71

11^e Rapport du haut comité pour le logement des personnes défavorisées, *Face à la crise : une obligation de résultat*, 2^{ème} Partie «Loger les personnes atteintes de troubles psychiques », La documentation française, décembre, 2005, p. 69 à 95

ABENHAÏM, *Planification et évaluation des besoins en santé*, 2001

Assurance Maladie et ARH Haute Normandie, *Enquête régionale de psychiatrie*, septembre 2006

CHARZAT Michel, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, Rapport, La documentation française, 2002

La lettre de la Haute Normandie, ARH Haute Normandie, *Santé mentale, un nouvel élan*, 16 janvier 2007

Rapport MASSE, *Les politiques de santé mentale en question*, 1995

MOSCOVICI, *Représentations sociales de la folie*, Etude GRETS Montpellier, 1983

Rapport de l'Union sociale pour l'habitat, *L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de mentale*, Les cahiers, n° 103, mars 2006

ROELANDT Jean-Luc, *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale ; la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, Rapport remis au ministre de la santé, 2002

SITE INTERNET

www.serpsy.org