

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 délégué à la santé par le docteur Jean-Luc ROELANDT

12 Avril 2002

TABLE DES MATIERES

PREFACE	4
AVANT- PROPOS	7
Objet de la mission	7
Contexte	8
Méthode de travail	8
1. Groupe de travail	8
2. Auditions	8
3. Méthodologie	8
INTRODUCTION	9
1 LES USAGERS	11
1-1 Le constat	11
1-1-1 L'émergence de la démocratie sanitaire	11
1-1-2 Les attentes des usagers	12
1-2 Un nouveau cadre juridique et institutionnel pour associer les usagers	13
1-3 Les spécificités liées à la maladie mentale	13
1-3-1 Les acquis récents	13
1-3-2 La place de l'utilisateur dans les instances locales	15
1-4 Les recommandations	16
1-4-1 Financement	16
1-4-2 Formation	17
1-4-3 Représentation des usagers	17
1-4-4 Défense des droits	18
2 LE TRAVAIL EN PARTENARIAT	19
2-1 Le cadre institutionnel et juridique	20
2-1-1 La longue marche de la psychiatrie de secteur vers la cité	20
2-1-2 Un nouveau cadre législatif et réglementaire pour le travail en réseau	22
2-2 Un état des lieux insatisfaisant dans le champ de la santé mentale	23
2-2-1 Les conseils de secteur sont peu développés	23
2-2-2 Le travail en réseau est rarement formalisé	24
2-3 Changer de paradigme	25
2-4 Les différents réseaux de soins actuels	27
2-4-1 Les réseaux de proximité	27
2-4-2 Les réseaux dits thématiques	28
2-4-3 Les réseaux inter-établissements de santé publics ou privés	28
2-5 L'enseignement des expériences déjà menées en santé mentale	29

2-6 Les recommandations pour le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques en santé mentale	48
2-6-1 Le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques au niveau régional et départemental – niveau 1	48
2-6-2 Le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques au niveau du territoire pertinent ou du bassin de santé – niveau 2	50
2-6-3 Le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques, au niveau communal ou intercommunal – niveau 3	53

CONCLUSION **58**

Remerciements	60
----------------------	-----------

ANNEXES

Annexe 1 : membres du groupe de travail	I
Annexe 2 : liste des personnes auditionnées	II
Annexe 3 : participation au débat par des contributions écrites :	IV
Annexe 3 – 1 : Laurent El Ghozi, adjoint santé au maire de Nanterre	V
Annexe 3 – 2 : Martial Passi, maire de Givors	XIV
Annexe 3 – 3 : commission extra-municipale en vue de l’insertion du handicap psychique au sein de la cité (Nicolas Lalaux)	XIX
Annexe 3 – 4 : pertinence de conseils de secteur opérationnels dans notre dispositif sanitaire (conférence des présidents de C.M.E. de C.H.S.)	XXI
Annexe 4 : boîte à outils pour le fonctionnement des réseaux :	XXVIII
Illustration par des contributions écrites	
Annexe 4 – 1 : réseau de santé mentale en milieu rural (R. Haize et P. Leprelle)	XXXI
Annexe 4 – 2 : travail de réseau et conseil de secteur en santé mentale à Marseille (D. Boissinot Torres)	XL
Annexe 4 – 3 : réseau handicap psychique Isère (ReHPI) (R. Mura)	XLII
Annexe 4 – 4 : charte du réseau ICARE	XLIII
Annexe 4 – 5 : réseau addictions Val de Marne Ouest	XLV

PREFACE

Rares sont les professionnels de la psychiatrie qui disent ne pas travailler en réseau. Rares sont les réseaux constitués et ordonnés. Le réseau par essence est volontaire, inter-individuel, et résistant. Il résiste aux institutions et reste le plus souvent informel, sensible, intime. C'est le plus qui est nécessaire aux établissements et aux institutions pour fonctionner. C'est dans la liberté qu'il se constitue.

Historiquement, les associations loi 1901 ont été un puissant contre-pouvoir de l'administration de l'hôpital psychiatrique. Elles ont souvent permis des actions dans la communauté, quand l'hôpital était trop frileux à se redéployer. Elles ont permis la participation des soignants et des soignés – terminologie de l'époque – à la psychiatrie institutionnelle. Elles ont été dépassées par les associations de secteur faisant intervenir les élus locaux. C'est grâce à elles que les élus s'intéressent à la santé mentale et peuvent gérer par cet intermédiaire l'insertion dans la cité, pour les gens qui souffrent de troubles psychiques.

En juin 1991, une circulaire relative aux victimes de l'infection par le VIH crée les « réseaux ville-hôpital » qui se développent sur des thèmes divers grâce à d'autres circulaires dans les années suivantes. Les réseaux ville-hôpital, c'est travailler ensemble en commun avec une éthique partagée.

En avril 1996, dans l'ordonnance mettant en place les Agences Régionales de l'Hospitalisation, apparaît le terme « réseau de soins » et la possibilité d'appliquer ce mode d'organisation et de coordination au champ de la santé mentale, afin de désenclaver la psychiatrie.

Pourtant, six ans après la publication des ordonnances, quasiment rien. Les professionnels et usagers ne se sont pas emparés de cet outil. Pourquoi ? Plusieurs raisons peuvent être avancées.

Pour certains, pas besoin de réseau, il existe vraiment et depuis longtemps en psychiatrie : le secteur n'est qu'un réseau. Pourtant, les secteurs de psychiatrie restent encore trop hospitalo-centriques (80% des moyens sont dédiés au temps plein hospitalier) et de ce fait, personne ne pousse à la roue les réseaux, les équipes étant persuadées que le secteur est un réseau à lui tout seul. Et les associations d'usagers-patients sont très peu développées en France, contrairement aux associations de familles, et elles ont peu l'habitude de prendre la parole et d'être écoutées.

Les réseaux ne se sont pas structurés peut-être aussi parce que les textes de financement ont été fortement dissuasifs. Les réseaux qui ont essayé de se former et que nous avons rencontrés dans les auditions sont en construction depuis 3 à 4 ans. Le seul qui se soit vraiment structuré dans les Yvelines, a réussi grâce à une motivation très forte de son promoteur et des appuis non moins importants.

Le réseau vient finalement, dans son organisation actuelle, tenter de mettre du lien entre des personnes et des institutions qui devraient normalement toutes œuvrer dans le même sens, de façon décloisonnée, en faveur du citoyen qui a besoin de soins, mais aussi d'insertion, d'hébergement, de travail et de loisirs. Il a besoin souvent d'être entouré, il a besoin d'être réconcilié avec son entourage ou d'accepter les ruptures. La dimension bio-psycho-sociale de l'homme qui a des troubles psychiques nécessite ces liens. Or, les institutions sont cloisonnées et tout le travail actuel est de mettre en place des tables de concertation, qui vont essayer de faire en sorte qu'elles se parlent et se comprennent. Mais la décentralisation a malheureusement généré des structures étanches et les conseils généraux gèrent du médico-social comme l'État, la santé étant coupée du social. Evidemment une Agence Régionale de Santé permettrait plus de cohérence.

Les équipes de psychiatrie s'intéressent à toutes ces structures et se trouvent donc morcelées entre public / privé, ville / conseils généraux / État, sanitaire et social.

Les élus ne se sentent pas compétents pour les problèmes de santé mentale, ayant été écartés de par la loi de décentralisation, alors que leur implication est primordiale.

Le système public peut faire du soin indirect, compris dans ses missions, donc avoir du temps pour le partenariat, alors que le privé est en général payé à l'acte.

L'étanchéité entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale n'est pas pertinente.

Les réseaux de soins ville-hôpital se sont développés pour toutes les pathologies invalidantes, car les services de l'État sont cloisonnés entre eux, puis cloisonnés avec les collectivités locales, et l'on aboutit à des services avec financements multiples.

Il existe 56 différents dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur le territoire¹, peu de coordination entre les enfants et les adultes, alors que c'est le même problème. Les résultats de ces cloisonnements déclinés du plus haut niveau de l'État jusqu'au service de proximité sont catastrophiques en termes d'efficacité et de service rendu.

Bref, pour essayer de pallier tous ces dysfonctionnements, ces cloisonnements, ces isolements, dans lesquels l'utilisateur ne se retrouve pas, un mot magique : « le réseau ».

Mais on ne doit pas confondre le secteur (qui est le mode d'organisation des soins psychiatriques) et le réseau (qui est un outil de partenariat). « Partenaire » veut dire absence d'hégémonie, place identique des uns et des autres, non hiérarchisée.

Or il faut bien comprendre que le réseau n'est pas une fin en soi, ni une philosophie : ce n'est qu'un outil. Il n'arrivera jamais à faire se parler tous les décideurs et à souder l'alliance des équipes sanitaires et sociales pour soigner et insérer l'utilisateur qui en a besoin.

Le mot « réseau » présente l'inconvénient majeur, pour notre mission, d'être polysémique et de signifier une chose différente pour chaque personne l'utilisant, en fonction de son expérience, sa culture, son champ de référence, son histoire. Au fil du travail de notre groupe, nous avons constamment buté sur cette difficulté à partager et se faire comprendre, car chacun parlait d'un « réseau » différent. Il nous a donc semblé utile, afin de ne pas ajouter une feuille de plus dans la confusion, de **faire des recommandations simples, portant plus sur des objectifs à atteindre et des principes à partager, que sur des recettes hégémoniques toutes faites ou sur des orientations bureaucratiques et peu efficaces.** Ces recommandations trouvent des modèles de mise en œuvre dans les exemples de fonctionnement en réseau que nous avons auditionnés. Chacun peut s'en inspirer pour développer sa propre pratique.

L'objectif à atteindre est le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques, dans le cadre de la démocratie sanitaire.

Un des outils permettant d'y arriver est le travail en réseau, mais d'autres sont nécessaires, aux différents niveaux d'implication de l'organisation sanitaire, sociale et culturelle.

Les textes en vigueur permettent déjà de faire beaucoup. Je propose cependant un certain nombre de réformes de fond, pour ne pas persister dans l'essaimage de milliers de réseaux dissociés :

- créer des agences régionales de santé (ARS),
- revoir les lois de décentralisation, en faisant participer les élus locaux aux politiques de santé intégrant la santé mentale,
- intégrer la santé mentale dans le champ sanitaire en général, comme une priorité de santé publique
- donner une responsabilité de santé au niveau communal aux élus locaux,
- changer les statuts médicaux et paramédicaux leur permettant les soins indirects financés,

¹ Cité par Claude Romeo (cf. annexe 2)

- obliger les échanges et les mises à disposition de travailleurs des différents champs dans d'autres champs que le leur,
- Créer une «task force santé mentale » au sein du ministère, rassemblant tous les services compétents pour l'application du plan de santé mentale et le décroisement de la psychiatrie. Elle travaillera en relation étroite avec les ministères du logement, de la justice, de la culture et de l'emploi.

Faute de quoi, nous aurons un pis-aller que nous appellerons réseau et qui se contentera de pallier l'absence de courage politique pour transformer véritablement des institutions dans le sens de l'intégration, de la prévention, des soins et de l'insertion.

Force est de constater qu'en attendant ces rationalités, le « réseau » a de beaux jours devant lui : il risque avant tout de n'être qu'un cautère sur une jambe de bois, ajoutant un niveau supplémentaire de financement et de fonctionnement.



Le plan de santé mentale du 14 novembre 2002, faisant suite au rapport Piel et Roelandt et à celui de la Cour des comptes sur la psychiatrie, va dans le sens du décroisement des pratiques. La démocratie sanitaire avance à grands pas depuis la loi du 4 mars 2002, par laquelle l'implication des usagers et la mise en place des réseaux sont enfin facilitées.

Ce rapport tente d'aller encore plus avant dans une politique de santé mentale exemplaire, où le secteur de psychiatrie serait partenaire des autres institutions, où il serait un modèle de démocratie sanitaire – et il peut l'être s'il se décroisse vraiment. Une politique de santé mentale qui donne la primauté à l'usager, l'hôpital qui s'ouvre aux médecins généralistes, usagers, élus locaux, une relation forte qui se met en place avec le médico-social et le social par partenariat croisé, voilà la voie.

Ce rapport propose des pistes d'amélioration du système **sans créer de nouvelles instances mais en rendant obligatoire le volet «santé mentale» dans celles existantes**. Il fait aussi des propositions très avancées en faveur de la participation des usagers et des élus locaux au fonctionnement des services de psychiatrie. Les expériences pilotes de pratiques de santé mentale intégrées dans la cité montrent déjà cette potentialité incroyable de notre système : tout est possible aujourd'hui.

Mais il faut une impulsion très forte, qui vienne du politique avant tout, relayée par les usagers pour faire évoluer un tel système. Celle-ci est déjà donnée par le plan de santé mentale gouvernemental. Ce rapport n'en est qu'un des prolongements.

AVANT- PROPOS

Objet de la mission

*Ministère de l'Emploi
et de la Solidarité*

Le Ministre Délégué à la Santé

République Française

Paris, le 26 OCT. 2001

CAB.OO/NC-Scop D. 01.01.77.89

Monsieur,

Le Docteur Eric PIEL et vous même m'avez remis au mois de juillet dernier un rapport « de la psychiatrie vers la santé mentale » dans lequel vous faites de nombreuses propositions visant à réformer profondément l'organisation de la politique de santé mentale française.

Parmi ces propositions, un axe majeur de développement que vous proposez concerne le renforcement de la place des usagers dans le champ de la santé mentale par la mise en place d'une véritable démocratie sanitaire. Cette orientation implique d'intégrer davantage les usagers de la santé mentale à tous les niveaux de réflexion et de renforcer leurs droits dans le dispositif de pilotage.

Les propositions contenues dans votre rapport font ainsi écho aux dispositions d'ores déjà contenues dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé actuellement en discussion au Parlement.

Un deuxième axe de votre rapport concerne le rapprochement entre la psychiatrie et les secteurs médico-social et social. Vous proposez notamment la constitution de réseaux de santé mentale au niveau local, qui constituent vraisemblablement une solution de court terme souple et modulable afin de créer une dynamique commune entre les différents acteurs appelés à jouer un rôle dans le champ de la santé mentale. Sur ce point particulier, différentes expériences sont déjà conduites en France, certaines étant d'ailleurs d'ores et déjà en cours d'évaluation tel que le réseau de santé mentale des Yvelines dont j'ai initié la mise en place il y a maintenant trois ans.

Sur ces deux axes qui constituent des enjeux majeurs pour l'évolution du système de santé mentale, je souhaite que vous puissiez poursuivre votre mission.

Concernant la place des usagers, il convient de préciser les conditions d'une meilleure participation des usagers à cette politique de santé mentale, notamment dans les structures locales de coordination que peuvent constituer les réseaux de santé mentale.

Docteur Jean-Luc ROELANDT
EPSM Lille Métropole
Centre Médico-Psychologique
286, rue Kléber
59155 FACHES THUMESNIL

.../...

8 avenue de Fagar - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 36 80 00

Concernant la mise en place des réseaux en santé mentale, je souhaite que vous puissiez, sur la base des expériences actuellement menées, préciser les modalités concrètes de création et de fonctionnement de ces réseaux et définir les partenariats à mettre en œuvre afin d'en assurer le développement.

Pour cette nouvelle mission, vous pourrez vous appuyer sur le directeur de projet santé mentale du ministère ainsi que sur les directions ministérielles concernées (DGAS, DGS et DHOS) avec lesquelles vous avez déjà établi de nombreux contacts pour l'élaboration de votre précédent rapport.

Je souhaite que vous puissiez me faire part de vos propositions sur ces deux points pour la fin de l'année 2001.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Muriellement à vous.

B. Kouchner
Bernard KOUCHNER

Contexte

En raison d'un calendrier très serré, le groupe de travail convoqué autour du rapporteur n'a pu se réunir que durant une courte période, comprise toute entière dans les mois de janvier à avril 2002, pour tenter de répondre à la mission confiée par le ministre délégué à la santé. Le délai relativement bref dont il a disposé l'a contraint à limiter le nombre de ses auditions et ne lui a pas permis d'approfondir ou de vérifier certains points, en particulier les expériences menées à l'étranger.²

Malgré ces difficultés inévitables, le groupe a souhaité que soient présentées des recommandations précises. Sur les réseaux, elles prennent la forme de « boîte à outils », ce qui permet aux initiatives locales de se développer tout en proscrivant un modèle unique, jugé irréaliste. La place des usagers, quant à elle, est précisée à la lumière des récents développements inscrits dans le code de la santé publique et est déclinée dans les institutions et instances, actuelles ou prévues, spécifiques au champ de la santé mentale.

Méthode de travail

1. Groupe de travail

La composition même du groupe de travail est le reflet d'un travail en réseau. En effet, les experts qui ont composé notre groupe de travail sont issus de toutes les administrations du ministère de la santé, des associations d'usagers et de familles³ et de l'association des maires de France.

La présentation des membres du groupe de travail figure en annexe 1.

Seul le rapporteur est engagé par les propositions contenues dans le présent rapport.

2. Auditions

La liste des personnes auditionnées figure en annexe 2. L'essentiel de leurs communications figure au paragraphe 2.5

3. Méthodologie

Un souci permanent de pragmatisme a animé le groupe de travail :

² Sur le contexte général de l'évolution de la psychiatrie vers sa dimension communautaire et l'analyse des expériences étrangères, on se reportera par exemple à l'article de Murielle GOMES et coll., De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne, in *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, sous la direction de Gilles VIDON, Paris, 1995, pp. 433-467.

³ On consultera avec profit leur *Livre blanc de la santé mentale France* paru en 2001, préparé en lien avec la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers spécialisés et disponible auprès de l'UNAFAM ou de la FNAP-Psy.

- partir du cadre juridique et institutionnel existant et des avancées les plus récentes ;
- partir de l'existant et du vécu des individus ;
- recueillir les attentes des acteurs et des bénéficiaires du dispositif ;
- utiliser l'acquis des précédentes réflexions sur :
 - l'association des usagers à la définition des politiques de santé ainsi qu'à tous les niveaux du service public de la santé ⁴ ;
 - la constitution de réseaux dans le champ sanitaire ⁵ et médico-social, dans une perspective ville/hôpital et santé/social ;
- mettre en évidence les spécificités propres au domaine de la santé mentale ;
- donner aux acteurs des moyens de créer et développer la démocratie sanitaire.

INTRODUCTION

Le présent rapport répond à une demande du ministre délégué à la santé de prolonger la réflexion initiée par le rapport qui lui a été remis en juillet 2001 par les docteurs PIEL et ROELANDT ⁶ et préparer la mise en œuvre de certaines des orientations définies dans le plan d'action en santé mentale adopté par le Gouvernement en novembre de la même année ⁷.

Il s'inscrit dans une double démarche, dont les deux termes sont indissociables :

- d'une part, traduire dans le domaine de la santé mentale le mouvement de fond, constaté dans tous les domaines sanitaires et tous les pays développés, mettant **l'usager au centre du dispositif de santé** ;
- d'autre part, **développer les modes de rencontres et de coopération entre acteurs**, les usagers étant de leur nombre, et entre institutions, y compris médico-sociales et sociales, notamment par le biais de la constitution de réseaux, qui ont également l'avantage de pouvoir associer les élus locaux..

De plus, Madame Ségolène Royal, ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, a chargé M. Michel Charzat, député, d'une mission « 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 ». Le travail entre les deux missions a été favorisé par l'audition croisée des rapporteurs et la présence d'une des rapporteurs de la mission « handicap

⁴ On renverra à l'excellente synthèse donnée dans *La santé en France 2002*, rapport triennal du Haut comité de la santé publique, et en particulier à sa partie intitulée « L'usager, acteur du système de santé », pp. 295-349, ainsi qu'à la bibliographie fournie en annexe (consultable sur : <http://www.hcsp.ensp.fr> et prochainement publié à la Documentation française et en version de poche aux éditions La Découverte). Il a notamment repris les conclusions du rapport intitulé « La place des usagers dans le système de santé », commandé par la secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale, consécutivement aux États généraux de la santé de 1999 et qui résulte des travaux du groupe animé par Etienne CANIARD.

⁵ Une courte mais dense synthèse figure dans l'article de Gremy F : *Filières et réseaux. Vers l'organisation et la coordination du dossier de soins* in *Gestions hospitalières*, 1997, 367, pp.433-438. L'essentiel des caractéristiques propres à un réseau de soins coordonnés y est énuméré et rappelé dans la partie 2.7 du présent rapport.

⁶ *De la psychiatrie à la santé mentale*, rapport remis au ministre délégué à la santé par le docteur E. PIEL et le docteur J.L. ROELANDT, juillet 2001. Ce rapport est consultable sur le site Internet du ministère de la santé (www.sante.gouv.fr)

⁷ *Plan santé mentale, l'usager au centre d'un dispositif à rénover*, ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé, Paris, novembre 2001. Ce rapport est consultable sur le site Internet du ministère de la santé (www.sante.gouv.fr)

psychique » à l'ensemble des travaux du présent rapport. Nous insistons sur la complémentarité de ces deux missions, qui ont intégré les représentants des usagers et ont su fonctionner en réseau !

Cette inscription dans une évolution générale commande de s'appuyer autant que faire se peut sur l'existant qui, on le verra plus bas, est riche et divers, mais globalement inégal et méconnu. Il ne faut pas oublier, en effet, que le mode d'organisation propre à la psychiatrie française contemporaine, désigné sous le nom de « secteur » et qui remonte dans son origine à 1960, aurait pu être qualifié par le terme plus « moderne » de réseau. Mais il faut alors immédiatement ajouter que les choses ne sont pas aussi simples car la politique de sectorisation est très inégalement développée aujourd'hui encore.

On peut considérer le secteur psychiatrique comme un réseau interne au système de soins psychiatriques, une sorte d'Intranet assurant la continuité des soins. Il sera amené à développer de plus en plus de prises en charge hors hospitalisation temps plein, afin de répondre aux exigences posées par le plan gouvernemental de santé mentale : 60% des moyens en personnel situés dans la communauté⁸. Il assurera de plus en plus de soins de proximité, tant à l'hôpital général qu'en association avec les systèmes de soins ambulatoires dans les villes et quartiers.

Au-delà des approches culturelles spécifiques des professionnels des différents champs sanitaire, médico-social et social, c'est le cloisonnement tutélaire et financier qui autorise le cloisonnement des pratiques et des professionnels au niveau local. Le « Qui paye, commande » créé des filières étroites et étanches, qui peuvent être préjudiciables aux citoyens. La complexification des prises en charge nécessite une remise à plat et un décloisonnement des financements. Il faut passer d'un financement de la structure à un financement à la personne.

Les professionnels de santé ne peuvent plus travailler seuls, mais doivent aujourd'hui, et demain plus encore, associer l'utilisateur à leur action et agir en synergie avec les autres professionnels d'autres champs, particulièrement médico-social et social. Il est indispensable d'associer le plus étroitement possible les élus locaux dans les dispositifs de santé mentale, à la fois parce que l' élu représente la population dans son ensemble, et parce qu'à ce titre il est garant de l'intérêt général Plus qu'associé, c'est l' élu local qui devrait être le moteur des politiques de proximité en santé, et le garant du décloisonnement en faveur du citoyen.

Il convient de mettre en place résolument un mode de fonctionnement participatif décloisonné et citoyen pour l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale des Français. La philosophie est la démocratie sanitaire, l'outil est le réseau.

Il est nécessaire de souligner enfin que le présent rapport est écrit dans un paysage institutionnel en pleine mutation, comme en témoigne le vote récent de deux lois très importantes qui impactent directement les droits des malades et l'organisation du système de santé et qui feront donc l'objet d'une analyse détaillée afin de préciser ce qu'elles autorisent et ce à quoi elles obligent.

⁸ Op. cit., axe 7

1 LES USAGERS

La question de l'association des usagers au dispositif de santé mentale doit être envisagée sous tous ses aspects. Elle se place d'une part dans le cadre très général de la croissance déjà ancienne de la demande sociale de participation et de prise en main par chacun de sa propre santé, demande qui a connu récemment une forte accélération. Elle doit d'autre part se situer dans la problématique du cadre juridique en pleine évolution de la démocratie sanitaire et, au sein de celle-ci, de la place de l'utilisateur dans le système de santé. Elle doit enfin faire l'objet de mesures spécifiques et transitoires, en raison de certaines particularités liées à l'histoire des institutions psychiatriques et à la sur-stigmatisation qui les a accompagnées.

1-1 Le constat

1-1-1 L'émergence de la démocratie sanitaire

Ce n'est pas le lieu ici que de refaire l'historique de l'émergence, déjà ancienne, de la demande des usagers du système de soins de ne plus être considérés et traités comme des sujets passifs devant se soumettre aveuglément au « pouvoir médical ». De nombreuses études de qualité ont été consacrées ces dernières années à ce sujet qui élucident les concepts et précisent l'emploi d'un vocabulaire encore flottant⁹. On se bornera à rappeler qu'il ne s'agit pas uniquement de tirer les conséquences d'un consumérisme en pleine expansion ou du légitime désir du citoyen de constater et contrôler par lui-même l'emploi des fonds publics consacrés à sa santé, mais de la prise de conscience par les professionnels de santé eux-mêmes de l'intérêt thérapeutique d'une responsabilisation des patients et de leur entourage. Ce constat est vrai des nouvelles relations qui peuvent ainsi s'instaurer entre soignant et soigné dans le cadre du colloque singulier et, plus généralement, de la dimension individuelle du soin, mais plus encore au travers de la dimension institutionnelle d'une nouvelle conception du fonctionnement de l'organisation sanitaire.

En effet, la démocratie sanitaire implique en premier lieu la reconnaissance du droit de chacun à être informé et à être associé aux stratégies thérapeutiques. C'est aussi le droit de chacun de participer aux choix collectifs en matière de santé, au niveau local comme au niveau national

L'effectivité de ces droits passe évidemment par une expression individuelle mais surtout par l'intermédiaire d'une dimension collective assurée au premier chef par les associations de patients, comme, plus largement, des associations d'utilisateurs du système de santé. Les associations de consommateurs généralistes pourraient avoir un rôle à jouer dans cette représentation. En effet, les études épidémiologiques montrent qu'environ un quart de la population adulte a un trouble psychique, certains pouvant passer inaperçus, certains pouvant entraîner un handicap important dans la vie de tous les jours, jusqu'à l'exclusion. Leur variabilité, leur morbidité et leur retentissement social sont tels pour les patients et leurs proches que l'on peut dire que tout citoyen est concerné de près ou de loin, par ces pathologies.

La participation effective des usagers, non seulement aux choix individuels de santé mais plus largement au fonctionnement des établissements et des instances de décision du système de santé, passe par une adaptation à chaque type de structure. Ceci impose aux institutions des exigences nouvelles par rapport aux situations anciennes. Cela impose aussi aux professionnels un changement de pratiques.

⁹ On renverra plus particulièrement à *La santé en France 2002*, rapport triennal du Haut comité de la santé publique, déjà cité, et en particulier à sa quatrième partie intitulée « L'utilisateur, acteur du système de santé », pp. 295-349, ainsi qu'à l'abondante bibliographie fournie en annexe.

Ce qui nous occupera ici plus spécialement est la manière dont peuvent être rendus partenaires et acteurs les malades et leur entourage, non pas en les y obligeant au moyen de modalités fixées a priori, mais en tentant de répondre à leurs attentes.

1-1-2 Les attentes des usagers

De nombreux travaux ont été consacrés au recueil et à la formalisation des attentes des usagers en général. Aussi était-il nécessaire de faire émerger les attentes par le biais d'une participation active des représentants nationaux des patients et de leurs proches aux organisations les concernant.

Historiquement, les premiers à exprimer et défendre les droits des malades mentaux ainsi qu'à créer et gérer des structures de prise en charge et de réadaptation ont été les associations de familles et de proches, qui se sont regroupées au sein de l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM).

Dans un second temps, au cours des années 1970, dans un climat de remise en cause générale des institutions et des autorités, se sont formés des mouvements de contestation radicale des concepts de la psychiatrie et de ses institutions de soins (mouvement dit de l'antipsychiatrie), dont le Groupement information asile (GIA) est le principal héritier aujourd'hui.

Enfin, au cours de la dernière décennie, souvent mais non toujours à l'initiative ou avec le soutien de professionnels, se sont créées des associations d'usagers du dispositif de santé mentale. La plupart se sont regroupées ou sont en voie de l'être dans la Fédération nationale des associations de patients ou ex-patients en psychiatrie (FNAP-Psy). Aujourd'hui, la FNAP-Psy et l'UNAFAM œuvrent de concert pour défendre les droits des usagers et faire évoluer le regard porté par la société sur la maladie mentale et ceux qui en souffrent.

Par ailleurs, l'image du malade mental a longtemps été celle de quelqu'un privé de sa raison, de son libre arbitre et pour certains de ses droits civils et politiques. Cette image a certainement retardé la mise en place d'associations propres, d'autant qu'elle était véhiculée non seulement par le grand public et relayée par les médias, mais aussi par nombre de professionnels eux-mêmes.

Les représentants des associations d'usagers ou de familles, membres du groupe de travail, ont insisté sur plusieurs points essentiels à leurs yeux :

1. Les usagers préexistent à tout dispositif de soin et en sont la raison d'être.
2. Les usagers doivent être acteurs de tous les dispositifs.
3. Les usagers veulent être représentés dans les réseaux.
4. Les associations d'usagers ont besoin de se professionnaliser et donc d'aide pour le faire.
5. Les associations d'usagers en santé mentale sont porteuses de demandes spécifiques qui doivent être écoutées, en particulier en considération de la fragilité des usagers qu'elles représentent, que celle-ci soit due à la maladie ou à la lassitude (fatigue des familles et/ou de l'entourage).

Les quatre premiers points se retrouvent dans l'ensemble du champ sanitaire et sont à ce titre justiciables de mesures d'ordre général telles que celles qui seront analysées dans le point suivant. Le dernier est tout à fait spécifique au champ de la santé mentale et doit retenir plus longuement notre attention.

La situation actuelle des usagers du dispositif de santé mentale s'explique à la fois par un héritage difficile à gérer et des difficultés qui tirent leur origine de la pathologie elle-même.

Les usagers du dispositif de santé mentale ne se distinguent cependant des autres usagers qu'en lien avec la situation dans laquelle ils ont été longtemps placés : celle de personnes quelquefois privées de leur discernement, qu'il est difficile d'associer aux décisions concernant leur santé, donc peu informées et à même de consentir et de participer aux choix thérapeutiques et *a fortiori* aux choix collectifs dans le champ de la santé mentale. L'UNAFAM et la FNAP-Psy expliquent très justement la spécificité de leurs associations qui « *partagent cette expérience terrible de ne jamais savoir si le patient assume ou non sa liberté* ». Ils soulignent que « *c'est ce qui les unit dans un combat commun pour protéger les droits de ces patients, en même temps souvent intelligents et infiniment fragiles du fait des conséquences de la maladie* ».

1-2 Un nouveau cadre juridique et institutionnel pour associer les usagers

Remarquons d'emblée que ce cadre est global et ne distingue pas entre les pathologies ni entre les types d'association. Cette neutralité est certainement préférable, la démocratie sanitaire ne pouvant se comprendre que par l'égalité de traitement de tous ses acteurs, mais elle laisse ouverte la question des contraintes et difficultés propres à certains secteurs comme celui qui nous intéresse ici. Il faudra donc analyser en un premier temps les avancées permises par les nouveaux textes puis les questions qui restent à résoudre pour formuler enfin des propositions.

Les avancées récentes consistent à donner des responsabilités accrues aux organes locaux de concertation et de médiation et d'y ménager une place plus large aux usagers. Ainsi les **conseils régionaux de santé** (qui succèdent aux conférences régionales de santé) seront-ils chargés d'élaborer chaque année un rapport d'évaluation des conditions d'application et de respect des droits des usagers. Ces rapports seront transmis chaque année à la conférence nationale de santé qui dressera un état national des conditions du respect des droits des usagers.

De la même manière, dans les établissements de santé, sont créées des **commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, au sein desquelles seront représentés les usagers**.

Mais surtout, la loi ¹⁰ crée un régime de monopole de la représentation des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique, réservé aux associations « ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades » et qui bénéficieront d'un agrément, soit national, soit local. Cet agrément leur permettra de bénéficier :

- d'un droit à la formation pour leur faciliter l'exercice de ce mandat,
- du droit au congé de représentation pour les salariés appelés à siéger dans ces instances,
- habilitation législative à exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions pénales prévues par le code de la santé publique, et les atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité de la personne prévues par le code pénal, lorsque l'action aura été engagée par le ministère public ou la victime, avec l'accord de cette dernière.

1-3 Les spécificités liées aux personnes souffrant de troubles psychiques

1-3-1 Les acquis récents

L'impact des nouvelles dispositions est de deux ordres et peut être examiné de deux points de vue spécifiques de la loi dans le domaine de la santé mentale.

En premier lieu, la part des usagers se voit augmentée dans la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), à la fois de manière absolue (d'un représentant à deux) et

¹⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. du 5 mars 2002).

relative (de un sur quatre à deux sur six). Bien entendu, le monopole de cette représentation est confié aux associations agréées.

En second lieu, il convient d'examiner les éventuelles difficultés que pourraient rencontrer les associations et particulièrement celles de malades ou ex-malades pour satisfaire aux conditions d'agrément fixées par le législateur et précisées par décret en Conseil d'État. Ce décret est en cours d'élaboration, ce qui conduira le rapporteur à formuler un certain nombre de propositions afin que soit prise en compte la spécificité de la représentation des usagers dans le champ de la santé mentale.

Les conditions fixées par le législateur s'imposent à tous et sont au nombre de quatre :

1. activité effective et publique en vue de la défense du droit des personnes malades et des usagers du système de santé ;
2. conduite d'actions de formation et d'information ;
3. représentativité ;
4. indépendance.

Les deux premières ne font pas difficulté puisqu'elles se réfèrent à l'activité propre des associations. Les deux dernières, elles, posent plusieurs problèmes dès que l'on souhaite fixer des critères objectifs pour éviter tout arbitraire.

L'indépendance doit se juger ici essentiellement par rapport aux professionnels de santé, souvent fondateurs ou animateurs d'associations, et à l'industrie pharmaceutique, partenaire financier spécialement actif dans le champ de la santé mentale.

- Indépendance par rapport aux professionnels de santé

La parole et l'action des professionnels de santé ne peuvent en effet être assimilées à celles des personnes malades et de leur proches. L'indépendance d'une association agréée devrait alors s'apprécier par rapport à la capacité des seuls usagers membres de l'association d'infléchir l'action de l'association (présidence, majorité du conseil dirigeant de l'association). Toutefois, les professionnels de santé, quelquefois initiateurs d'associations de défense des droits des usagers dans le domaine de la santé mentale, peuvent apporter leur concours à cette action.

Le développement de la démocratie sanitaire suppose la création de nombreuses et puissantes associations d'usagers. Or les professionnels de santé s'engagent de plus en plus dans ce champ. Il convient donc de favoriser cet appui initial qui constitue souvent une aide au démarrage des associations (appui logistique notamment...). La question de l'indépendance vis à vis des professionnels renvoie plutôt à la capacité des associations à adopter un mode d'action propre, la collaboration avec les soignants étant utile à l'émergence d'une véritable démocratie sanitaire.

- Indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique

La question de l'indépendance se pose également en termes de financement par des entreprises commerciales comme les laboratoires pharmaceutiques particulièrement actifs dans le champ de la santé mentale (formations des usagers et des professionnels, supports documentaires...)

Il faut enfin s'interroger sur l'intérêt qu'il y aurait à ajouter aux critères précédemment énumérés celui de **l'indépendance par rapport aux mouvements sectaires**, l'activité de ces derniers étant particulièrement forte dans un secteur associatif plus perméable à leurs idées que d'autres, comme l'ont montré des précédents fâcheux, heureusement peu nombreux¹¹.

-Indépendance par rapport aux associations tutélaires

¹¹ Cf. notamment sur ce sujet les rapports parlementaires sur les sectes disponibles sur le site de l'union nationale des associations de défense des familles et de l'individu (UNADFI) : <http://www.unadfi.org>

Quel que soit le contenu du décret qui va fixer les conditions minimales à remplir (nombre d'adhérents, répartition et présence géographique), il conviendra de veiller à les satisfaire.

La démocratie sanitaire suppose une pluralité de parole et d'actions qu'il s'agit actuellement de faire émerger. Les associations d'usagers-familles des personnes souffrant de troubles mentaux sont structurées et présentes sur tout le territoire national, ce qui n'est pas le cas actuellement des associations d'usagers-patients.

L'objectif principal est donc le développement de ces associations d'usagers-patients, si possible fédérées autour d'une puissante fédération, sur le modèle québécois ou scandinave. La représentation des usagers doit en effet **pouvoir être assurée sur des territoires géographiques plus étendus**. Dans ce cadre, on peut s'interroger sur la place à donner à certaines associations d'usagers qui visent à défendre les droits des malades dans une vision très négative, voire destructrice, de la psychiatrie. Les critères d'agrément pourraient alors mentionner le fait que « *les associations doivent développer des actions ou diffuser des informations conformes aux données acquises de la science ou à la législation en vigueur sur les droits des malades* ».

La capacité à mener une action diversifiée auprès des personnes malades et à peser sur les choix publics repose également sur la taille des associations, caractérisée par leur nombre d'adhérents. Ainsi se pose à nouveau la question du regroupement des associations de santé mentale en fédérations, voire en regroupement dépassant le champ de la santé mentale : à ce titre, on peut noter que la FNAP-Psy et l'UNAFAM sont membres du collectif inter-associatif sur la santé (CISS).

L'appréciation de la représentativité au niveau national a été un temps envisagée par référence à un **nombre minimum d'adhérents répartis sur un certain nombre de régions**. Ces critères risqueraient d'exclure la Fédération nationale des associations de patients et ex-patients de la psychiatrie (FNAP-Psy), association d'usagers-patients la plus active dans le domaine de la promotion des droits des personnes souffrant de troubles mentaux. Outre les effets négatifs liés au refus de cet agrément, une telle exclusion serait préjudiciable au développement de cette fédération qui compte à ce jour plus de 3000 adhérents et dont l'objectif principal pour 2002 réside dans la régionalisation de son activité. Au-delà du développement de cette fédération, il s'agit bien d'une meilleure prise en compte des droits des usagers du dispositif de santé mentale, que seule cette fédération semble aujourd'hui à même de porter.

Il paraîtrait en conséquence paradoxal que ne puisse être agréée cette fédération dont l'audience, appelée à se développer, est d'ores et déjà de portée nationale (cf. l'écho rencontré par la charte de l'usager en santé mentale, contresignée par les représentants des soignants spécialisés en psychiatrie et la secrétaire d'État chargée de la santé et des handicapés).

Dans le cas d'espèce, une solution pourrait consister à prévoir que les associations peuvent remplir, de manière exceptionnelle, le critère de la représentativité nationale, non pas par la seule référence au nombre d'adhérents répartis dans un nombre minimum de régions, mais également par la référence à l'audience nationale de l'activité et des travaux réalisés en la faveur des personnes concernées par cette activité.

La question de la représentation des usagers du dispositif par des associations généralistes reste posée, en vertu du fait que tous les citoyens sont potentiellement concernés par les problèmes de santé mentale, personnellement ou familialement. La santé mentale doit être l'affaire de tous. Cette possibilité aurait l'avantage de rendre accessibles des moyens de diffusion, d'information et de participation très puissants (ces associations généralistes représentent déjà les usagers dans certains conseils d'administration d'établissements publics de santé).

La place de l'usager dans les instances locales

Il s'agit de promouvoir et de généraliser une pratique de contact régulier entre l'équipe de secteur et les usagers, qui fait déjà partie de ses missions.

Actuellement le rôle de l'usager se trouve confirmé au centre du dispositif de santé mentale par l'expérience de l'étranger et désormais en France par le plan de santé mentale de novembre 2001. Les effets de la nature et des incapacités des usagers en cause sont de deux types : les usagers

patients et les usagers familles se trouvent désormais essentiellement dans la cité, ce qui implique une modification importante dans l'organisation actuelle des soins.

Il s'agit de coordonner une prise en charge globale de personnes vulnérables sur un territoire donné, en recherchant pour elles le maximum d'autonomie dans l'esprit de leur droit en tant que citoyens, en tenant compte des difficultés exceptionnelles dues à la nature des pathologies en cause.

Comme on le sait, la structure de concertation prévue au niveau local est le conseil de secteur, préconisé par la circulaire du 14 mars 1990, qui reprend elle-même sur ce point la circulaire du 14 mars 1972. Cette instance présente toutefois la caractéristique d'être limitée dans sa composition aux professionnels œuvrant dans le cadre du secteur.

Une proposition récente, émanant d'un accord intervenu entre des représentants de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés, des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, des directeurs des établissements gérant des secteurs de santé mentale, des médecins libéraux et des usagers, consiste à ouvrir le conseil de secteur aux usagers deux fois par an et aux élus une fois par an.¹² Cette proposition a le mérite de marquer un accord entre les mandataires des principales institutions représentatives des responsables et usagers du dispositif de santé mentale. Elle présente également l'intérêt d'un décloisonnement effectif là où les conseils de secteur existent et fonctionnent.

Pour des raisons de cohérence, nous ne prôtons pas la création de conseils de secteur (cf. la 2^{ème} partie), mais nous souhaitons :

- d'une part intégrer les usagers dans les trois niveaux de décloisonnement que nous allons proposer plus loin : régional, territorial et communal,
- d'autre part ouvrir les conseils de service des secteurs de psychiatrie.

En effet, deux logiques différentes émanent de cette proposition :

1. Une logique de participation au service et d'interpellation du chef de service de psychiatrie ainsi que son équipe sur le fonctionnement du service effectué pour les usagers et pour la communauté. L'UNAFAM a demandé précisément à ce que des réponses concrètes et argumentées puissent être données à ses membres concernant l'accès aux soins et la qualité des services. De même pour la FNAP-Psy, d'où l'idée d'ouvrir les conseils de service deux fois par an aux usagers, et une fois par an à tous les acteurs locaux (élus locaux, médecins généralistes, assistantes sociales, etc)
2. Une logique de démocratie sanitaire dans les partenariats en santé mentale. Comme cela sera développé par la suite, il conviendra de mettre en œuvre le partenariat au niveau régional, territorial et communal ou intercommunal, dans le champ de la santé mentale. La prépondérance des élus locaux comme coordonnateurs d'action au niveau des territoires est évidente, et les usagers devront être associés à eux, quand ils convoqueront dans le cadre des conseils régionaux de santé, les conseils de secteur sanitaire et les ateliers santé/ville, l'ensemble des personnes concernées à la santé, et à la santé mentale en particulier. Dans ces lieux de décloisonnement qui préparent la planification et mettent en œuvre la concertation locale, des commissions santé mentale doivent être proposées. Il s'agit d'introduire la logique santé mentale dans tous les conseils de santé. Dans la droite ligne du rapport Piel et Roelandt et du plan gouvernemental de santé mentale, il ne s'agit en aucun cas de créer de nouveaux échelons ou structures spécifiques, mais de faire vivre la part santé mentale dans tous les programmes de santé en général. La place des usagers y sera évidemment essentielle.

1-4 Les recommandations

1-4-1 Financement

- Poursuivre le mouvement d'amplification du financement des associations nationales représentatives des usagers afin de favoriser le plein développement de leurs activités.

¹² Rapport réalisé sous la coordination du docteur Halimi intitulé « Pertinence des conseils de secteur opérationnels dans notre dispositif sanitaire » et remis au ministre de la santé en février 2002.

- Assurer rapidement un financement pérenne des associations d'usagers au niveau régional afin de permettre leur montée en puissance.
- Mener des actions pour trouver des financements privés (mécénat, legs...) permettant de ne pas dépendre uniquement du financement public, tout en maintenant une indépendance d'action (définition de critères clairs par rapport au financement de l'industrie pharmaceutique).
- Définir rapidement l'agrément des associations d'usagers en tenant compte des préconisations précitées relatives aux critères d'indépendance et de représentativité.
- Aider, dans le strict respect de leur indépendance, les associations existantes à se renforcer et à essaimer.

1-4-2 Formation

- Favoriser l'accès des associations à des **formations à la gestion** des associations,
- Faciliter l'embauche de développeurs d'associations
- Développer la notion de « pro-sumers », usagers professionnels spécialisés ayant rejoint les associations d'usagers, pour défendre leurs droits. Valoriser l'expérience propre de la maladie mentale, afin de la mettre au service des autres.
- Mettre en place des **formations à la représentation** auprès des pouvoirs publics et des instances de concertation.
- Participer à la réalisation de l'axe du plan gouvernemental de santé mentale concernant la lutte contre la stigmatisation et l'information du grand public et des professionnels sanitaires et sociaux.

1-4-3 Représentation des usagers

Quatre propositions supplémentaires peuvent être faites :

- 1- Introduire la possibilité de suppléance, du fait de la nécessité d'un remplacement en cas de difficulté de santé momentanée d'un représentant.
- 2- Assurer la représentation des usagers **dans les conseils de service des secteurs de psychiatrie**. On pourrait imaginer deux séances plénières dans l'année ouvertes aux usagers, dont une sera associée aux acteurs de la continuité des soins locaux :
 - un médecin généraliste ;
 - une assistante sociale du département ;
 - un représentant de l'équipe de pédopsychiatrie ;
 - un représentant des élus locaux ;
 - un représentant des médecins du travail.

Pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, la médecine scolaire, le médico-social et la PJJ ainsi qu'un pédiatre devraient intégrer ce conseil.

Cette proposition est susceptible de concerner l'ensemble des conseils de services MCO en tenant compte de leur spécificité (maladies infectieuses, oncologie, gériatrie, rhumatologie, médecine physique, etc).

- 3- Assurer la représentation des usagers dans les commissions médicales d'établissement (CME) et les commissions techniques d'établissement (CTE) qui pourraient comprendre des sessions ouvertes à ces personnes¹³.

¹³ Comme cela a été fait à la CME de l'E.P.S.M. Lille Métropole en mars 2002

- 4- Généraliser la représentation des usagers dans les comités régionaux de suivi du schéma régional d'organisation sanitaire (comités de suivi du SROS), conférences sanitaires de secteurs et commissions santé mentale des ateliers santé communaux et intercommunaux et conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées.

1-4-4 Défense des droits

- Permettre le même accès au dossier que pour tous les usagers.
- Mettre en place des **formations croisées usagers et professionnels** sur le thème des droits et devoirs de chacun.
- Valoriser les expériences étrangères dans ce domaine en important les formations existant au Québec ou en Italie.
- Renforcer le soutien méthodologique apporté aux services de téléphonie sociale dans le domaine de la santé mentale.
- Développer les ressources du type Internet, en vue d'apporter une information générale sur les troubles mentaux et les possibilités de prise en charge ainsi que la place et le rôle des associations d'usagers dans ce domaine.
- Développer la notion d'« appropriation du pouvoir » (empowerment).
- Autoriser les représentants des associations agréées à tenir des permanences dans les lieux de soins et à rendre visite aux personnes qui en feraient la demande.

1-4-5 Prévention

- Inciter l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, successeur du CFES) à se doter des compétences nécessaires au développement des politiques préventives en santé mentale.
- Inciter à la création d'une fondation pour la santé mentale avec l'INPES, les associations d'usagers, des donateurs, les associations de professionnels et les élus locaux pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et apporter une information juste sur les troubles mentaux et les personnes qui en souffrent.

2 LE TRAVAIL EN PARTENARIAT

Le terme de « réseau » est d'un emploi déjà ancien en médecine mais il a longtemps été utilisé dans un registre étroitement sanitaire, désignant une organisation des soins et des soignants autour d'une pathologie à forte dimension sociale (tuberculose, alcoolisme, etc.). Dans le même temps, paradoxalement, les psychiatres, avec le secteur, essayaient de travailler en réseau sans le savoir ou, du moins, sans le nommer. Le secteur était aussi décrit par certains comme le prototype du travail en réseau (incluant actions de prévention, soins et postcure) sans être lié à la tarification à l'acte ou au lit occupé (depuis la loi de 1986 sur la sectorisation).

En réalité le travail en réseau ne se développe que lorsqu'il existe une volonté de l'ensemble des professionnels de différents champs de répondre de façon coordonnée aux besoins des personnes et un accord des institutions auxquelles ils appartiennent pour le faire, ainsi que des demandes sociales et politiques fortes.

Ces demandes sont venues, pour la plupart des cas, de l'extérieur du système psychiatrique : les toxicomanes ont interpellé les politiques locaux, qui ont alors interpellé à leur tour tous les acteurs sociaux et médicaux concernés. Le réseau en toxicomanie était né. L'alcoolisme a traversé toutes les strates de la société et ses conséquences sociales ont poussé aussi à la création de réseaux pluridisciplinaires de prise en charge. Pour les troubles psychiatriques, les lois spécifiques et un système de soins à part, associé à la honte et à l'exclusion, mais aussi les pratiques professionnelles ancrées sur les cultures spécifiques des partenaires, ont retardé voire empêché le travail en partenariat, alors que le principe même de la sectorisation pousse au contraire à son développement. Ainsi, certaines équipes de secteur qui souhaitent sortir de leur isolement ont-elles les plus grandes difficultés à trouver des partenaires ! La psychiatrie est encore elle-même victime de la stigmatisation due aux pathologies mentales. C'est notamment par le biais de la précarité et des débats publics sur les personnes sans domicile fixe (SDF) et les populations en difficulté, que les équipes de psychiatrie ont été sollicitées par les élus et les institutions sociales et que des réseaux se sont créés **par accord réciproque**.

Les pouvoirs publics et notamment le législateur, n'ont accompagné ce mouvement que récemment. Jusqu'aux dispositions les plus récentes analysées ci-dessous, les seules dispositions législatives générales n'étaient pas antérieures à 1996 (Cf. les articles L. 6121-5 du code de la santé publique et L. 6231-1 du code de la sécurité sociale qui ne prévoyait que des expérimentations).

Au moment où, après un développement initial centré exclusivement sur les pathologies et laissé à l'initiative locale, la notion de réseau sort de l'expérimental pour se voir reconnue, il est nécessaire de définir des recommandations pour appliquer efficacement au champ de la santé mentale ce nouveau mode d'organisation et de travail en partenariat. **Le réseau n'est donc que l'outil du partenariat.**

Il résulte de ce qui précède que le terme de « réseau » est probablement l'un de ceux qui recouvrent les sens les plus divers, depuis l'ensemble des liens et contacts informels d'une équipe avec son environnement professionnel et social « naturel » jusqu'aux formes les plus intégrées de coopérations formalisées et planifiées.

Les expériences relatées devant le groupe de travail et analysées par lui témoignent de cette polysémie. Il est donc nécessaire de repartir de l'acquis des réflexions et expériences antérieures.

2-1 Le cadre institutionnel et juridique

2-1-1 La longue marche de la psychiatrie de secteur vers la cité

La fameuse **circulaire originelle du 15 mars 1960**, même si elle ne cite pas le mot, jette les bases d'un fonctionnement en réseau sectoriel, censé s'articuler, au sein du dispositif de soins, dans son environnement. Comme on le sait, elle affirme la nécessité d'assurer pour le patient, outre les cures et postcures, la prévention des troubles psychiatriques et promeut les soins hors l'hôpital.

D'autres textes sont venus par la suite concrétiser l'engagement de plus de trente ans de certaines équipes psychiatriques¹⁴. Avec retard parfois, ils confirment le texte premier. Il serait sans doute fastidieux de les citer tous, mais il est nécessaire de repérer certains d'entre eux, d'autant qu'ils témoignent du caractère précurseur de l'idée même de « secteur ». On retiendra notamment **la loi du 31 juillet 1968** consacrant la place des hôpitaux psychiatriques dans le giron hospitalier général, obligation étant faite à l'hôpital psychiatrique de s'associer avec d'autres établissements publics ou privés dans la lutte contre les maladies mentales.

La circulaire du 4 septembre 1970 étend l'action du secteur, base du service public de lutte contre les maladies mentales, à **l'alcoolisme et à la toxicomanie** et justifie donc son action en ce domaine.

L'arrêté du 14 mars 1972 évoque la célèbre « **équipe pluridisciplinaire** » sous la responsabilité de son chef de secteur.

La circulaire du 14 mars 1972 préconise la **création de conseils de secteur**. Elle permet la création de réseaux spécialisés en matière de toxicomanie ou d'alcoolologie passant par l'établissement de conventions entre les différents intervenants et leur concertation nécessaire.

La circulaire du 16 mars 1972 est celle qui non seulement fonde **l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile** mais précise aussi les différents domaines d'intervention des équipes de secteur (santé scolaire, PMI, etc.).

La circulaire du 12 décembre 1972 insiste de nouveau sur la **concertation partenariale**, sur la coordination des actions et l'articulation des acteurs. Elle recommande à nouveau l'articulation des « **conseils de santé mentale de secteur** » (concernant six secteurs de psychiatrie générale et deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile).

Les circulaires du 9 mai 1974 qui introduisent la notion de file active de patients, citent le **conseil de santé mentale** comme « véritable creuset de la sectorisation », d'autant qu'alcoolisme et toxicomanie ne peuvent être traités par le seul secteur. Le conseil de santé mentale de secteur est un outil devant pallier le risque pour les équipes de s'enfermer dans leurs secteurs respectifs. Ils doivent « obliger chaque psychiatre responsable de secteur conseiller en hygiène mentale dans la communauté à établir des liaisons permanentes avec les médecins traitants (généralistes et spécialistes), avec les travailleurs sociaux, etc. ». Ces textes insistent sur la « nécessité de procéder sans plus tarder à l'installation des dits conseils qu'il serait opportun de réunir plusieurs fois par an avec un ordre du jour précis et concret ».

A l'inverse, **la loi du 30 juin 1975** a eu l'effet de compartimenter, d'une part, le social et le médico-social, d'autre part, le sanitaire.

L'instruction du 24 août 1981 recommande en matière de psychiatrie infanto-juvénile la création d'antennes de consultations intégrées dans la cité et articulées avec le dispositif de soins. Ce n'est qu'ensuite, en octobre 1981, à Rouen, lors du fameux discours de Jack Ralite, qu'est reprise l'idée d'une dynamique de sectorisation, alors que pointe l'objectif de maîtrise des dépenses hospitalières, l'introduction du budget global, en janvier 1983, et la réorganisation des hôpitaux, en janvier 1984.

¹⁴ Massé G., Houver J., Martin-Leray C., Graindorge E. et Kannas S., Santé mentale et réseaux, in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie, 37-956-A-10, Paris, 2001.

Les lois de décentralisation (1983), qui remettent à l'État la responsabilité de la lutte contre les maladies mentales et l'ensemble des dépenses d'hygiène mentale auparavant à charge des départements et pour partie remboursées par l'État.

1985 : légalisation du secteur psychiatrique : les dépenses de lutte contre les maladies mentales sont mises à la charge de l'assurance maladie, et les moyens affectés à l'extrahospitalier gérés par les établissements hospitaliers dans le cadre du budget global. Création du conseil départemental de santé mentale.

Le décret du 14 mars 1986 définit la **composition du conseil départemental de santé mentale**. Cette instance consultative au niveau départemental est une instance de concertation officielle et obligée en tout département, qui associe les représentants de l'État et les représentants des collectivités locales, les caisses d'assurance maladie, des professionnels et des représentants des associations existant à l'époque – essentiellement les associations de familles de malades mentaux.

Il a rarement fonctionné comme il avait été prévu et rarement répondu à ses missions pour « l'évaluation concertée des besoins de la population et l'élaboration des plans d'action en santé mentale » (il est bien alors question de santé mentale, et non plus seulement de lutte contre les maladies mentales). Les causes mériteraient d'être étudiées...

La circulaire du 14 mars 1990 ouvre le champ d'action de la lutte contre la maladie mentale et étend le champ d'action de la psychiatrie à la santé mentale. Elle reprend l'idée d'instances de coordination de proximité telles qu'elles avaient déjà été évoquées avec la notion de conseil de secteur, en 1972.

Le conseil de secteur ainsi constitué doit étudier et résoudre les problèmes d'articulation et de coordination entre les divers acteurs, mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques ou associatives, sanitaires ou sociales, en vue d'orienter les malades, produire les informations et propositions nécessaires aux travaux de concertation des conseils départementaux de santé mentale et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance. Le centre médico-psychologique (CMP) est défini comme pivot du secteur et lieu d'une véritable réflexion politique en matière de santé mentale.

D'autres textes dépassant le domaine de la psychiatrie au début des années 90 vont définitivement consacrer le réseau comme une nécessité en matière d'organisation des soins.

La circulaire DGS-DH du 4 juin 1991 concerne la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière incite les établissements de santé à « participer en collaboration avec les médecins traitants et les services sociaux et médico-sociaux à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade et à des actions de coopération avec des personnes de droit public et privé avec lesquelles peuvent figurer des conventions d'intérêt public ou des groupements d'intérêts économiques ». Le terme de « **réseau de soins** » apparaît dans le Code de la sécurité sociale et celui de la santé publique le 24 avril 1996 : l'**ordonnance n°96-345** installe définitivement le réseau comme **un modèle à étendre à l'ensemble de la santé publique**. Elle préconise le développement de réseaux expérimentaux médicaux ou médico-sociaux afin d'optimiser la prise en charge médico-économique des patients. L'ordonnance n°96-346 du même jour, portant réforme hospitalière, se réfère « *aux réseaux de soins et communautés d'établissements* », indiquant la nécessité de nouveaux modes d'organisation et ouvrant la voie au réseau thématique que nous verrons plus loin.

La circulaire du 25 novembre 1999 élargit la notion aux « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ». Elle prévoit notamment un cahier des charges de la démarche de mise en réseaux pouvant prétendre à un financement de l'État, ce qui est une révolution et une ouverture à une nouvelle culture.

Le secteur de psychiatrie n'a pu créer que peu de conseils de secteur. Quelques réseaux formalisés naîtront à partir de 1996. Notons bien que le secteur naquit quand les psychiatres étaient quasiment tous publics, et que rien ne présageait une installation massive en privé libéral qui a eu lieu depuis les années 80. On demandera donc aux psychiatres publics d'avoir une pratique de consultation hors les murs de l'hôpital, gratuite, ouverte à tous, et de créer un réseau à lui tout seul, en lui associant une secrétaire et une assistante sociale. Car si réseau il y a, il faut des partenaires différents dans la trajectoire du patient. Combien de fois les médecins généralistes se plaindront de ne plus voir leur malade quand ils l'envoient chez le psychiatre public. Dès lors, le patient bénéficiait d'un réseau en intranet, avec la même équipe, dedans et dehors, souvent mono référencée. D'où l'accusation faite par certains à l'époque d'une psychiatrisation et d'une néo-« asilification » de la société.

En conséquence, très peu de réseaux organisés en santé mentale. Un secteur inhomogène dans sa répartition de moyens, mais présent sur tout le territoire et pour développer les réseaux, une urgence : revoir leurs modalités de création (celles-ci étaient rédhitoires auparavant : certains réseaux, comme on le verra durant les auditions, ont mis trois à quatre ans à se former, si ce n'est plus). De plus, on demande à ce qu'ils soient évalués systématiquement, avec des critères que l'on devrait également appliquer aux structures déjà en place, pour en tirer toute conséquence utile. Les nouveaux textes de loi vont vers une facilitation forte de la création des réseaux.

2-1-2 Un nouveau cadre législatif et réglementaire pour le travail en réseau

Les dispositions de l'article 36 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 offrent un cadre spécifique de financement des réseaux qui simplifie les procédures administratives et financières. Celles-ci prévoient en effet la création d'une **dotat****ion nationale de développement des réseaux** répartie entre les régions.

Il s'agit d'une enveloppe fongible, dédiée aux réseaux, dotation unique régionale intégrant des crédits soins de ville, des crédits hôpital, des crédits cliniques et des crédits médico-sociaux.

La gestion de cette enveloppe étant déléguée à l'échelon régional, la loi précitée confie au directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation et au directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie le soin de décider conjointement, et dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, des financements accordés à ces réseaux. **Un décret en Conseil d'État (en cours de préparation), prévu par la Loi, doit préciser les modalités d'application du nouveau dispositif et d'évaluation des actions ainsi financées.**

Elle offre la possibilité de rémunérer par forfait les professionnels qui travaillent dans les réseaux, ce qui constitue une dérogation au code de la sécurité sociale. Ces mesures devraient rapidement favoriser le développement des objectifs recherchés par les travaux du groupe, et notamment l'organisation coordonnée des interventions des trois niveaux précités.

La loi du 2 janvier 2002 instaure une convention obligatoire entre le préfet et le président du conseil général dans leur champ commun d'action et propose une palette variée de formules de coopération et d'articulation entre établissements dans les champs sanitaire, social et médico-social

La très récente loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne une **existence législative aux réseaux de santé**¹⁵, qui ne faisaient jusqu'ici l'objet que de dispositions expérimentales qui s'étaient avérées peu utilisées. Une lecture attentive de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique est donc nécessaire pour déterminer ce que le législateur a entendu englober, ce à quoi il oblige, ce qu'il permet et ce qu'il interdit.

S'agissant du périmètre englobé, remarquons que la loi, sous l'appellation de « réseau de santé », leur assigne deux objectifs :

¹⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 déjà citée.

- favoriser l'accès aux soins ;
- favoriser la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire, ces prises en charges comprenant aussi bien l'éducation à la santé, la prévention et le diagnostic que le soin.

La formation constituera un appui essentiel apporté aux membres du réseau, par capitalisation et mutualisation des compétences mises au service de ce réseau.

Le « secteur psychiatrique » en est sans nul doute une modalité, dans la mesure où il fédère, de quelque manière que ce soit, les partenaires que le législateur a indiqués à la fois obligatoirement et limitativement. S'agissant des critères retenus d'éligibilité au financement public des réseaux, la loi prévoit qu'ils devront satisfaire à des critères de qualité fixés par décret (en cours de rédaction).

En revanche, il est important de noter que le législateur, dans le même temps qu'il définit les réseaux de santé par leur seul objet, **ne leur a pas prescrit de forme juridique particulière**, ce qui donne une marge de liberté appréciable, pour choisir par exemple entre les diverses formules existantes, de type non lucratif. En pratique, en mettant à part le cas d'absence voulue ou non de personnalité juridique¹⁶, le choix se résumera essentiellement entre association au sens de la loi de 1901, des nouveautés proposées dans le même article 84 de cette loi (réseau coopératif de santé et société coopérative hospitalière de médecins), les GIP et des conventions.

2-2 Un état des lieux insatisfaisant dans le champ de la santé mentale

2-2-1 Les conseils de secteur sont peu développés

Les conseils de secteur préconisés par le législateur il y a trente ans pour favoriser la coordination des partenaires ont été très peu nombreux à être mis en place. L'idée était bonne... Paradoxalement, elle nous revient aujourd'hui comme une obligation et une exigence, faute d'avoir pu ou voulu la développer en son temps.

Même s'il n'existe aucun état des lieux, tous les observateurs s'accordent à juger **que la situation actuelle est très hétérogène**. On constate que ces appels à la mise en place d'un travail articulé ont davantage été entendus dans le domaine infanto-juvénile, peut-être à cause du rôle massif et incontournable de l'institution éducative, mais qu'en psychiatrie générale, des îlots de résistance se maintiennent. Le secteur de psychiatrie est-il encore trop hospitalocentrique ? Malgré le développement indéniable du travail extrahospitalier, 80% des moyens sont encore dédiés à l'hospitalisation.

Le paradoxe est qu'en confiant à l'équipe de secteur un rôle dans l'insertion sociale des patients, on court le risque que cette insertion devienne implicitement de la seule responsabilité du secteur : trouver un logement, trouver un emploi, réinsérer les gens, mettre en place des actions de prévention et autres.

Si la société considérait qu'on peut confier à une seule équipe, sous la responsabilité d'un médecin-chef, l'ensemble des missions de santé mentale dans un secteur, on risquerait de reproduire dans la cité les conséquences négatives d'un fonctionnement en système clos.

C'est ainsi que, même si les équipes de santé mentale se projettent bien dans les territoires, bâtissant au fil des temps sur le terrain des collaborations fructueuses et/ou conflictuelles, les patients, la clientèle, les « usagers » ont toujours à converger vers ce lieu de soins pour trouver des praticiens à leur écoute.

¹⁶ Cette absence de personnalité juridique place *ipso facto* le réseau hors du cadre défini par le législateur et ne lui permet donc pas de prétendre à l'aide publique prévue par ce dernier.

On en est venu trop souvent à une clientèle qui navigue du CMP à l'hôpital et réciproquement, en passant par CATTP, hôpitaux de jour, faute d'être reliée aux autres droits, devoirs et structures qui font qu'un citoyen n'est pas uniquement quelqu'un à réinsérer par la psychiatrie, mais une personne relevant des structures de droit commun.

Toute organisation centralisée de la psychiatrie a reproduit le modèle jacobin si prisé en France. Le but était évidemment de permettre la continuité des soins : une même équipe entre l'hôpital et la cité, mais en même temps, grâce aux lois de décentralisation, la psychiatrie a accentué son magnifique isolement, tant à l'hôpital que dans la cité :

- **à l'hôpital**, en n'ayant pas pu rejoindre l'hôpital général sans difficulté ;
- **dans la cité**, en ne tenant pas suffisamment compte des difficultés environnementales du handicap psychique souvent réel des personnes dont elle avait à s'occuper, et pour lesquelles elle n'était pas forcément compétente.

On peut remarquer que chaque fois que les conseils de secteur ont fonctionné, ils ont été des instruments précieux, mais rares, peut-être à cause des lois de décentralisation qui ont remis la responsabilité de la psychiatrie à l'État. **Or, les expériences les plus intéressantes impliquent les élus locaux et les instances dans lesquelles ils sont impliqués où dont ils se sentent responsables.** C'est ce que nous montrent les exemples exposés plus loin.

2-2-2 Le travail en réseau est rarement formalisé

Très peu de réseaux formels en santé mentale se sont concrétisés depuis 1999.

Comment alors expliquer cet état de fait ? Force est de constater que des obstacles de nature diverse mais puissants ont empêché de formaliser le travail en réseau et de lui donner la place prééminente qui devrait être la sienne. Il est donc nécessaire de pointer la nature de ces obstacles, non pour faire ici aucun procès d'intention, mais pour être en mesure de prescrire des moyens de les lever.

Il existe en premier lieu des obstacles généraux à la mise en place et au bon fonctionnement des réseaux :

1. caractère artificiel d'un réseau défini a priori ;
2. émergence de contraintes nouvelles chronophages ;
3. respect plus difficile du secret professionnel.

Des difficultés plus spécifiques à la psychiatrie font également office de frein :

- 1- risque de «dilution » de la psychiatrie dans le social, niant le caractère singulier de la pathologie mentale ;
- 2- crainte de dé-spécification de la psychiatrie aux yeux du reste de la médecine et du grand public ;
- 3- risque de «psychiatriation » de sujets ou de questions qui ne relèvent pas de la maladie mentale mais de la souffrance psychique.

« La psychiatrie garde en effet une spécificité forte malgré une relative banalisation ces 20 dernières années, notamment dans ses lieux de soins, désormais ouverts et à proximité des autres services médicaux. Mais là où la médecine s'appuie trop souvent sur une vision d'organe et des principes de causalité linéaire, la psychiatrie demeure référée à une approche globale qui transcende la partie. Le propre de l'appareil psychique est justement de ne pas renvoyer une image de fonctionnement réflexe, "organique ". Alors que la maladie somatique est souvent ressentie

comme étrangère au sujet, la souffrance psychique renvoie à l'intimité de la personne et plus qu'ailleurs la frontière entre le normal et le pathologique est quelquefois difficile à percevoir... Le fait psychique et son extension psychopathologique conservent bien des mystères. On ne peut cependant les concevoir que dans une temporalité qui renvoie à l'histoire de chacun plus qu'à un moment donné. En fait, cette conception de la maladie à lire dans l'histoire de la personne devrait pouvoir s'appliquer à toute la médecine... Force est de constater que la technologie médicale triomphante et le mouvement de surspécialisation engagé, se traduisent de plus en plus souvent par des réponses ponctuelles, en forme de passage à l'acte, visant à réparer la partie défaillante en se souciant de moins en moins du tout. La psychiatrie ne peut pas, ne doit pas se laisser entraîner dans ce mouvement. Elle doit rester une approche de la personne, de l'être humain, pas du neurone.

Mais peut-on, doit-on traiter tout symptôme, tout comportement "hors normes", tout désespoir ? Toute détresse ne relève, pas a priori, de la psychiatrie. Dans bien des domaines, la souffrance est un gage de normalité et d'insertion sociale lorsqu'elle peut être partagée. Cependant, à mesure que les liens sociaux se transforment, les occasions d'échange se raréfient. Des actes banals, comme pouvoir parler de sa souffrance, se transforment souvent en actes médicalisés. Penser qu'il existe un remède à tous les maux relève de l'illusion et la première réponse thérapeutique consiste, dans certains cas, à rappeler qu'il n'est parfois ni possible, ni souhaitable de combler tous les manques.¹⁷ »

« A propos du travail en réseau rarement formalisé, il faut parler des nombreuses résistances et ne pas avoir peur de ce mot, résistance des soignants du fait de leur culture asilaire qui est une culture de ghetto avec tout ce que cela implique de richesse aussi mais entre soi ; de ce fait, le réseau est un peu antinomique. Résistances des administrations très hospitalo-centriques qui n'encouragent pas ces initiatives qui doivent toujours se faire contre et jamais avec. D'où lassitude avec, de plus, de nombreuses nouvelles missions.

Dire aussi que mettre en place un réseau est très coûteux en temps, du moins au début, nécessite des propositions financières d'accompagnement concrètes à mettre en place par les hôpitaux. Sinon, entre la RTT et le contexte de pénurie de postes de soignants, le réseau restera un vœu pieux : ceux qui auront voulu le faire se seront épuisés, ceux qui n'auront pas voulu auront beau jeu de dire : « On ne nous a pas donné les moyens. » Or, c'est une priorité et les mesures d'accompagnement financier ne sont pas énormes alors que l'enjeu, lui, l'est.¹⁸

2-3 Changer de paradigme

■ « Le secteur de psychiatrie ne doit plus avoir des partenaires, mais être partenaire »

Le réseau est un outil essentiel du travail en partenariat et du décloisonnement des champs d'intervention des professionnels.

Le réseau est pour François Gremy¹⁹ un « changement culturel majeur ». Il s'agit d'un changement d'optique, il ne s'agit plus seulement de distribuer des soins à un patient, mais d'en prendre soin. Le réseau d'après Lacoste et Debeugny²⁰ est censé organiser le chaos. Il est pourvu d'une vertu, l'égalité de ses membres. La composition est, dans un sens, hétérogène. Il s'agit avant tout d'une organisation des différences. **Le réseau ne veut pas constituer un « faire plus » avec moins, mais plutôt un « faire mieux »**. Le gain du réseau pour la collectivité porte plus sur la qualité de la prestation servie que sur la quantité de soins disponibles. Cette approche est en outre complétée par les évolutions actuelles visant à la mutualisation des moyens, où chacun verse au « pot commun » une partie de la mise, technique et humaine.

¹⁷ Alezrah C., psychiatre, relecteur du rapport

¹⁸ Boissinot Torres D., psychiatre, relectrice du rapport

¹⁹ Grémy F. « Filières et réseaux. Vers l'organisation et la coordination du système de soins », Gestions hospitalières, n° 367, Juin-Juillet 197, pp.433-438.

²⁰ Neuschwander C. « Les réseaux : singularité et légitimité », Prévenir, n° 27, 1994 pp.5-10.

Les réseaux sont validés par leur usage²¹, par leur pratique et non par l'institué. Ils fonctionnent sur la réciprocité, l'accessibilité, la parité, l'égalité. Chaque partenaire du réseau doit à la fois bien maîtriser son champ de compétence, reconnaître le champ de compétence des autres partenaires et identifier les champs de recouvrement de compétence afin de coordonner la coopération centrée sur la personne.

Comme le dit Jean-Pierre Escafre²² : « pour un degré d'état de santé donné, la probabilité d'hospitalisation d'un individu est inversement proportionnelle à la capacité de soutien de son réseau social », c'est ainsi que 55% des personnes isolées socialement sortent vers une autre institution contre 19% des non-isolées.

La complexité de l'organisation de la protection sociale justifie la transversalité des politiques, des réponses institutionnelles, des professions, des formations. Même dans les cas où l'adéquation semble parfaite entre la personne accueillie et le dispositif mis en place, la variété de ses besoins et de ses attentes appelle des réponses croisées et une complémentarité des modes d'action. Aussi, il est préférable de penser les modes de prise en charge à partir de l'unité du sujet, plutôt que de procéder à l'inverse, en partant des clivages institutionnels, comme cela se pratique le plus souvent. Dès lors que les besoins et les demandes des personnes en difficulté apparaissent de plus en plus divers et fluctuants, la logique ancienne des filots de bienfaisance doit laisser la place à une dynamique pluridirectionnelle, dans la recherche d'une continuité entre les institutions et le milieu social ordinaire. Cela implique une dynamique de réseau, en multipliant les partenariats entre les dispositifs, pour les personnes qui requièrent simultanément plusieurs formes d'aide.

L'avenir de la psychiatrie est de rester elle-même, c'est-à-dire une discipline médicale visant à traiter les pathologies et les troubles mentaux en participant également activement à une dimension de santé publique, la santé mentale. Cela impose une ouverture et un partenariat très large sur un mode horizontal. Par l'outil qu'est le réseau, elle pourra aborder la question de la socialisation autrement.

Souvent, quand on parle de réseau, il s'agit des réseaux, chacun dans son camp. **Quelle coordination est possible, quand une personne ne passe pas d'abord par son médecin généraliste et traverse ensuite divers dispositifs, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou sociaux ?** Hormis la question de savoir qui va être le référent, il faut encore que le réseau et le référent coordonnateur permettent l'essentiel : favoriser pour chaque personne en difficulté un projet individualisé. Seul un tel projet, fondé sur l'adhésion de l'intéressé, peut donner du sens à la pluralité des prises en charge dans lesquelles peuvent s'épuiser ces personnes.

Il s'agit de faire explicitement référence aux trois dimensions de la santé psychique des individus : la **dimension biologique**, à la fois génétique et physiologique, la **dimension psychologique** qui comprend les aspects affectifs et relationnels notamment et la **dimension sociale** qui traite de l'insertion de l'individu dans son environnement, familial ou professionnel.

Les différences de sensibilité à l'une ou l'autre de ces approches conduisent à privilégier certains aspects, au détriment quelquefois des autres. Ceci est d'autant plus compréhensible que la connaissance des processus en cause dans les maladies mentales n'est pas toujours établie. Le concept de santé mentale, faisant une juste part aux relations de l'état mental de la personne avec son environnement social, est dès lors faiblement appréhendé. Il s'agit de s'attacher aux besoins des personnes qui souffrent en mobilisant une réponse adaptée à la situation. Que ce soit à celle des malades les plus sévèrement atteints, pour lesquels le processus pathologique prend le pas sur les conditions environnementales, ou à celle des personnes qui manifestent un trouble en relation avec des événements extérieurs, liés à leur environnement familial, social ou professionnel.

Le travail en partenariat au sein de réseaux est la solution trouvée pour répondre à l'ensemble de la gamme des besoins qui s'expriment dans le champ de la santé mentale : de la maladie mentale sévère jusqu'à la souffrance que n'expriment pas toujours les populations les plus en difficulté, confrontées notamment à la précarité.

²¹ Adam M. « Réseaux, vous avez dit réseaux ? », in *Le Nouveau Mascaret*, n° 44, avril-mai 1996, pp.5-19.

²² Escafre J.P., Réseaux sociaux et prises en charge hospitalières, in *Cahiers de l'École nationale de santé publique*, numéro 2, 1988, p 40.

Les représentants des usagers et de leurs familles n'ont pas d'autre attente. En effet, la demande de reconnaissance des droits des usagers ne constitue rien d'autre que cette vive attente que le dispositif de prise en charge s'organise autour de leurs besoins. Ce dispositif ne doit pas craindre de prendre en charge des malades qui ont des problèmes sociaux importants, les psychiatres et leurs équipes ne doivent pas se voir confier un rôle de régulateur social, qu'ils n'ont pas à assumer. En revanche, l'importance de la souffrance et des troubles avérés, dans un certain nombre de cas, parmi ces populations, imposent une vigilance accrue de leur part.

Les réseaux devraient éviter que la fracture entre sanitaire, social et médico-social ne devienne irréversible. N'oublions pas que la personne malade, la personne handicapée et la personne en difficulté sociale sont souvent les mêmes. N'oublions pas que la psychiatrie est tiraillée entre la tentation médicale et la tentation sociale, soit entre l'affirmation de son appartenance au monde de la médecine et l'idée que la psychiatrie remplit une mission spécifique de la stratégie de socialisation des personnes en difficulté.

Les réseaux devraient favoriser la combinaison des interventions des travailleurs sociaux et de l'équipe psychiatrique.

En ce sens l'émergence des réseaux est plus structurante en psychiatrie qu'ailleurs, car elle met l'accent sur la primauté de l'extra-hospitalier, le poids des urgences, l'intérêt de l'intersectorialité, la nécessité des restructurations, l'articulation public/privé dans le sanitaire, la place des généralistes, la complémentarité sanitaire, social et médico-social, la formation initiale et continue des professionnels, l'importance des champs du logement, des loisirs, de la culture et du travail.

2-4 Les différents réseaux de soins actuels

Qu'en est-il sur le terrain, en 2002, des réseaux de soins ? Schématiquement, on peut les classer en **trois grands groupes** : les réseaux de proximité, les réseaux dits thématiques et les réseaux inter-établissements de santé publics ou privés.

2-4-1 Les réseaux de proximité

Ils sont les plus anciens. Leurs principes fondateurs sont proches de ce que les créateurs du secteur avaient imaginé pour la psychiatrie. Aussi, dans les années 75-80, des professionnels, ici ou là, praticiens publics ou plus souvent libéraux, mais tous fortement impliqués dans une pratique de santé communautaire, ont-ils œuvré à la mise en place de ces réseaux. Il s'agit d'initiatives souvent méconnues, obligeant leurs instigateurs à des réunions tardives, nocturnes et non rémunérées.²³

Ainsi, des médecins (souvent des psychiatres, des gérontologues, des généralistes), des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des représentants d'associations, d'usagers ou autres, des responsables de cellules RMI, mais aussi des élus, se sont réunis autour d'un objet commun, telle une population définie (les personnes âgées, les toxicomanes, les jeunes en difficultés, les personnes en situation de précarité etc.). Le point commun de ces militants de la première heure, ce sont des relations interpersonnelles solides, une confiance mutuelle, l'absence de hiérarchie, et peut-être surtout une maturité politique et une croyance un peu folle mais partagée en un idéal de santé publique...

On y retrouve bien souvent **un leader plus ou moins charismatique** mais qui trouve, dans les conditions locales, un « creuset » favorable à la constitution d'un réseau à taille humaine. Le statut

²³ Notes prises pendant l'intervention du Dr MENARD – Séminaire de la DATAR, à propos des territoires en santé mentale, Lyon, 2001.

juridique de tels réseaux de proximité, quand il existe, est celui d'une association type loi 1901, qui s'organise autour de la relation soignants-soignés centrée sur le patient.

Il reste donc très clinique et correspond au « **réseau primaire** ». C'est peut-être là qu'on pourrait retrouver, toutes choses étant égales par ailleurs, l'esprit des réseaux de la Résistance. Les réactions qu'ils peuvent entraîner sont en effet nombreuses. Leur force réside dans leur souplesse, leur faiblesse dans leur fragilité, eu égard à leur financement, aléatoire quand il existe. Leur pérennité est donc étroitement proportionnelle à la seule conviction militante de leurs membres...

2-4-2 Les réseaux dits thématiques

Il s'agit ici de **réseaux très spécialisés**, plus institutionnalisés que les précédents et concernant avant tous les professionnels de santé. Bien souvent, l'initiative est partie d'une équipe médicale localisée dans un établissement hospitalier, pour se développer à l'extérieur de l'hôpital.

Leur objectif est **l'information des adhérents sur un thème donné** tel que soins palliatifs, lutte contre la douleur, diabète, toxicomanie, sida, hépatite C, etc. Du fait de leur spécialisation importante, leur limite géographique peut aller jusqu'au territoire national lui-même. Il s'agit ici de réseaux dits secondaires du fait d'une plus grande distance avec l'utilisateur.

Ce sont les plus fréquents (on en compte plus de 1000 sur le territoire) parce que souvent les plus récents : les plus anciens d'entre eux (sida, toxicomanie, hépatite C) ont le plus souvent évolué vers le type précédent du fait de la très lourde charge sociale qui vient s'ajouter dans ces pathologies chroniques aux problèmes purement médicaux.

2-4-3 Les réseaux inter-établissements de santé publics ou privés

Ils relèvent de l'ordonnance du 24 avril 1996 et de la loi du 31 juillet 1991 déjà citées. Leur nombre est réduit mais en constante progression. Ils sont **centrés sur les établissements**, et c'est bien souvent un établissement public de santé qui les a suscités. Ils requièrent l'agrément de l'Agence régionale de l'hospitalisation et sont soumis à la procédure d'accréditation. Il s'agit ici de réseaux de complémentarité entre hôpitaux éventuellement de tailles différentes. Ce sont peut-être les plus proches des réseaux de communication connus dans d'autres domaines : l'industrie, le transport, etc. Leur limite géographique est celle des établissements qui y sont rattachés. Ils concernent par exemple la chirurgie, l'oncologie, l'hémodialyse, la formation médicale continue, les urgences, etc.

Pour conclure, que retenir de ces diversités, sinon qu'une culture communautaire médico-sociopolitique est en train de se forger jusqu'à la plate-forme de santé ou au réseau de santé mentale.

2-5 L'enseignement des expériences déjà menées en santé mentale

Les auditions menées par le groupe ont permis de mettre en évidence la variété considérable du découplage des équipes de santé mentale dans la France de 2002. Ces découplages passent par la création de réseaux informels et très rarement formels. Les plus intéressants en termes de santé publique sont ceux dans lesquels les élus sont fortement impliqués. **Ce travail d'ouverture est considérable pour ceux qui l'ont promu, mais il est souvent partiel, et il reste peu valorisé. Cela n'est pas normal, car cette activité souvent créatrice est l'avenir de la psychiatrie.**

Cette variété touche autant le degré de formalisation du travail en réseau, son étendue géographique, sa composition que ses missions. Il ne saurait donc y avoir de vérité unique, mais au contraire des solutions diverses en fonction des facteurs locaux, humains et institutionnels. Le présent rapport se bornera donc à donner des conseils, à fournir des « outils » et à signaler les difficultés à résoudre et les erreurs à éviter.

Schématiquement, les réseaux existants se répartissent de manière continue entre deux pôles opposés, du sanitaire pur au social pur, du réseau de soins au réseau communautaire.

La question du périmètre géographique couvert par le réseau ne doit dès lors pas constituer une question en soi, qui serait à résoudre *a priori*. Il résulte en effet de ce qui précède qu'un réseau de soins doit trouver la taille adéquate à son objet. Un réseau de prise en charge du malade, thérapeutique, médico-sociale et/ou sociale, peut avoir la dimension :

- d'un bassin de vie (RESSYvelines – 600 000 habitants)
- de la ville ou de l'intercommunalité (20 000 à 200 000 habitants)
- du secteur (70.000 habitants)

Tous sont pertinents car la notion de territoire doit être laissée à l'appréciation des acteurs locaux, il peut être par exemple plus large que le secteur de psychiatrie. Le RESSY s'adresse à l'ensemble de la population adulte du secteur sanitaire n° 9, soit près de 600 000 habitants. Son objet est l'amélioration de la prise en charge des patients sur la zone sud-Yvelines. Il s'agit bien selon le promoteur de développer un réseau de soins qui repose sur le postulat que l'amélioration du partenariat entre les professionnels de soins est la cible privilégiée pour améliorer la prise en charge des patients. Le RESSY a récemment signé une convention de partenariat avec le conseil général des Yvelines lui permettant de disposer de places médico-sociales et sociales pour les personnes atteintes de troubles mentaux (cf. annexe 4-1).

DES RESEAUX DE VILLE A L'INITIATIVE DE LA MUNICIPALITE : NANTERRE

« Qu'est-ce qu'on peut faire au niveau d'une ville ? Nanterre est une grosse ville. On a une idée des besoins et des outils. Entre des priorités déclinées à niveau régional ou départemental et ce qu'on peut faire au niveau du territoire, on peut faire de la coordination. On a créé une délégation aux personnes handicapées, sans aucune cohérence ni aucune globalité. J'ai confié une enquête au CREAM pour savoir ce qu'il en est des besoins dans la ville. Nous aurons une assemblée générale la semaine prochaine entre associations, usagers, professionnels, pour déterminer les priorités. C'est une initiative d'une ville, rien ne l'oblige à le faire. On va développer des réseaux, de l'accompagnement physique, mais il y a des choses que la ville ne fera pas : nous porterons des priorités, mais uniquement sous pression des habitants, par contractualisation avec des partenaires financeurs, dans le cadre de la déclinaison des mesures régionales ou départementales. Le ministre a dit que la santé devait être dans les priorités des contrats de ville et a mis un outil : les Ateliers Santé Ville (ASV).

Si on n'a pas quelque chose qui est de l'ordre de l'injonction et quelque chose qui est de l'ordre du cofinancement, certains feront, et d'autres ne feront rien du tout, d'autant plus que les personnes handicapées votent peu. Il n'y a pas 36 solutions. En santé communautaire, dans deux quartiers, on a fait des diagnostics participatifs essayant d'impliquer au maximum la population, en formant une quarantaine d'habitants-relais pour qu'ils aillent voir à leur tour 250 personnes pour aller leur poser un certain nombre de questions sur la santé, l'accès aux soins, les principaux obstacles qu'ils voyaient à la santé :

- Au Petit-Nanterre (80% de HLM, ZEP...) : souffrance psychosociale, santé buccodentaire, périnatalité, diabète-alimentation, toxicomanies.
- Dans le quartier du Parc : santé mentale dans les 3 priorités de chacun des trois groupes : professionnels de santé, autres professionnels, habitants.

On associe ensuite la population à la recherche de solutions. Les gens disent ne pas savoir où s'adresser. On a mis en place des groupes de réflexion : groupe co-animé par le secteur, avec population, professionnels socio-éducatifs... qui échange de l'information, se bat pour des priorités dans le cadre de l'ASV et du PRAPS (les Tournesols, accueil psychiatrique pour très jeunes enfants : la CPAM n'y met pas un radis, bien qu'on soit complètement dans le soin).

La prévention précoce des troubles psychiques des enfants est plus facile à faire financer dans le cadre du contrat local de sécurité (CLS) que par la CPAM. Fondamentalement, c'est cela la mise en œuvre : les outils existent, mais si personne ne sait ce qu'est un CMPP, personne n'ira. Quand les militants se croisent avec des élus qui sont aussi militants, c'est bien, mais cela ne garantit rien en termes de généralisation.

Exemple du CLS : les élus municipaux étaient confrontés à la violence : depuis les CLS, tout le monde est autour de la même table, et chacun doit se poser. A partir de là, on met en place des trucs décidés régionalement ou plus haut qu'on adapte.

C'est la logique infra communale dans les grandes villes. Dans le CLS de Nanterre, on trouve 53 fiches actions dont 11 qui ont à voir avec la psychiatrie. Cette intrication contre nature entre psychiatrie et sécurité existe faute d'autre cadre. Dans les quartiers, on peut avoir un groupe de travail santé mentale, mais pour moi, il faut arriver à des programmes locaux de santé publique contractualisés avec les différents acteurs : pour moi, les ASV n'en sont que la préfiguration. J'y mets le handicap. Ce n'est pas évident de le faire passer avec la santé, alors qu'il reste souvent avec le social.

Il y a deux façons d'engager les élus locaux : leur objectif est d'être réélus : si la problématique apparaît majeure, il s'en saisisent : c'est de l'intérêt bien compris : la souffrance psychosociale doit dépasser la stigmatisation, que la santé en général et la santé mentale en particulier devienne un objet politique. Quel contrat ? L'ASV est la même logique que le CLS. Comment la puissance publique peut, au-delà des compétences données par les lois de décentralisation, inciter des actions ? Il y a de plus en plus de contrats de ville, et de plus en plus de volets politique de la ville dans les contrats État-Région. Cela représente très peu de choses en termes budgétaires, mais c'est un outil très précieux. **Si on dit que les élus sont responsables de la mise en œuvre locale des programmes de santé publique, la santé mentale en fera partie, mais jamais si on focalise sur la santé mentale uniquement.** »

(Dr Laurent El Ghazi, adjoint santé au maire de Nanterre)

LE CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE DE GIVORS

« Le secteur de Givors, de par ses caractéristiques sociologiques, politiques et sa richesse associative, a paru particulièrement propice à un « essai de psychiatrie populaire ». Un psychiatre et un psychologue du secteur ont donc suscité, après quelques rencontres, la création d'un grand forum qui a institué « le Conseil Local de Santé Mentale » (CLSM)²⁴, associant aussi la pédopsychiatrie. Celui-ci fut délimité aux communes de Givors et Grigny, réalisant un cadre cohérent facilement mobilisable pour l'expression d'une solidarité sociale. L'époque n'était pas à la « dérégulation du service public » et chacun semblait déterminé à « retrousser les manches » dans un esprit militant. Les objectifs annoncés au départ étaient :

1. Susciter une réflexion communautaire sur la Santé Mentale ;
2. Réunir les interlocuteurs pour qu'ils participent à la politique de Santé Mentale du secteur de psychiatrie ;
3. Articuler l'activité des collectivités locales, des institutions, des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des représentants des usagers, mais également des praticiens libéraux ;
4. Susciter des alternatives innovantes à l'hospitalisation.

Le CLSM apparaissait comme « l'agora » où s'élaborait une culture commune favorisant une politique de création de structures médico-sociales. Structure souple fonctionnelle et mobilisatrice, le conseil permettait à chacun de faire connaissance et de lever ces « réticences » si fréquentes entre intervenants de logiques fonctionnelles, politiques et administratives très différentes. Le CLSM a permis une coordination à un échelon suffisamment proche des préoccupations locales pour se dispenser de structures juridiques. Aucun intervenant social, médical, éducatif, justice, police, logement, politique, ne s'est posé de problème de « loyauté » à l'égard de son institution d'origine. Le « décloisonnement » procédait d'un « esprit » de partenariat. Il n'y avait pas de budget, le secteur psychiatrique assurait le « secrétariat ».

Une nouvelle organisation a été proposée avec la mise en place d'un comité de pilotage, de groupes de travail et d'une journée de synthèse tous les deux ans en présence du Maire, suivie d'une publication des travaux des groupes et des interventions d'« experts » sur des grands problèmes de santé publique (alcoolisme, suicide ...).

Le CLSM est maintenant fonctionnellement plus structuré. C'est devenu une « institution », mais il est toujours basé sur une « vocation » partenariale de ses acteurs dont aucun ne peut prétendre à la « gouvernance » du système. Cela permet après une large concertation l'appropriation par des acteurs qui sont eux-mêmes les initiateurs des projets. »

(Dr Bernard Joli)

« La DDASS a légitimé l'instance dès le début, et chacun des membres s'est battu dans son institution pour être légitimé dans sa fonction de représentant. Il y a un comité de pilotage de 10-12 personnes et cela tourne. » *(Dr Claude Guillemarre)*

La liste des institutions invitées aux journées de synthèse de Givors est importante d'un point de vue local :

- les centres sociaux
- l'UDAF
- Secteur de psychiatrie générale
- Secteur de pédo-psychiatrie
- Centre Hospitalier Générale de Givors
- Municipalités Givors, Grigny
- Centre Médico-Psycho-Pédagogique
- Service Social d'Aide aux Emigrants (SSAE)
- Conseil Général du Rhône
- Professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux
- IMPRO
- Etablissements pour personnes âgées
- Associations pour handicapés mentaux (foyer hébergement)
- CPAM
- Crèche collective

ADIAF - travailleuses familiales (Association Départementale Interfédérale pour l'Aide Familiale)

²⁴ La dénomination faisait référence à une circulaire du 12 décembre 1972, assez informelle, qui sera précisée par celle du 14 mars 1990.

- Centre d'Aide pour le travail (CAT)
- Associations caritatives
- Association des paralyés de France
- ADIPSM (Association d'Aide à l'Insertion Professionnelle en Milieu Ordinaire de Travail)
- Comité de probation et d'aide aux libertés
- Office des personnes âgées et retraitées
- Mission locale
- Service de soins infirmiers à domicile (personnes âgées)
- Mutualité Agricole (Service social)
- Services sociaux d'entreprises
- Institution de réadaptation professionnelle
- Médecine du travail
- Etablissement éducatif
- Police
- Maison de la justice et du droit
- Service de prévention spécialisée
- Foyer SONACOTRA
- Education nationale

LA CHARTE POUR LA POLITIQUE DE PREVENTION EN SANTE MENTALE DE RILLIEUX-LA-PAPE

« Je suis médecin généraliste, premier adjoint à Rillieux-la-Pape, sans alternance politique, alors que Luc Lamy pilote depuis le début comme professionnel. Nos expériences sont très différentes et beaucoup plus institutionnalisées dès le début. Rillieux-la-Pape est une petite ville de 29 000 habitants, en perte de population, incluse dans un canton avec deux autres cités très différentes. On ne vous parlera que de la relation Rillieux-CMP. Notre canton est limitrophe de l'Ain, un des départements les plus ruraux de France, alors que le Rhône est l'un des plus urbains. Sur le plan sociologique, c'était une ville au départ rurale, qui a fusionné avec Crépieu, puis est passée en quelques années à 30 000 habitants en accueillant les rapatriés d'Algérie. D'où éclosion de problèmes dus à la brutalité de l'évolution. C'est maintenant le site d'un Grand Projet de Ville. On y trouve 70 nationalités différentes, plus que partout ailleurs, et la ville est très riche en associations.

C'est une ville au niveau de vie en baisse rapide par proximité de l'Ain. Y sont installées 3 sociétés en position difficile, à quoi s'est ajoutée l'arrivée de gens en situation de précarité du fait de nombreuses vacances dans le logement social qui attirent de toute l'agglomération lyonnaise. Une Charte de santé mentale a été signée en juin 99 entre la ville et l'hôpital psychiatrique du Vinatier dont nous dépendons, mais qui a une image moins bonne que Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, qui est plus près. Avec le cumul de difficultés économiques et sociales auquel il était confronté, le député maire a été très vite sensibilisé à la nécessité de travail en réseau, au départ sur la lutte contre les conduites addictives. Luc Lamy a très vite « accroché » avec le Vinatier, ce qui a permis de monter le curseur plus vite qu'on n'aurait pu le penser. Notre but était de mieux répondre en matière de santé mentale, aux besoins émergents.

Chacun doit garder sa compétence, mais mettre en commun ses connaissances en sauvegardant le secret médical. Il faut parfois bousculer les institutions. Les objectifs de la « Charte pour la politique de prévention en matière de santé mentale » : rendre plus proche géographiquement et moralement l'accès aux soins des usagers ; créer un environnement porteur de mieux être (participation de la gendarmerie et de la police municipale). Au niveau des rapports entre institutions : avec le CCAS... ils sont bons ; avec la santé scolaire, assez bons ; avec la maison de la justice, assez bons ; avec la police et la gendarmerie, bien meilleurs qu'avant (notamment pour les placements d'office); avec les cabinets médicaux privés, les dispensaires et les pharmacies, beaucoup moins bons. Au point de vue des moyens, je les énumère sans ordre : agrandissement du CMP, signalétique de voirie pour savoir comment y aller, création d'une classe thérapeutique, centre de jour 3-12 ans, (gros problème de moyens pour les enfants), groupe Balint, aide aux aidants encore embryonnaire pour les personnels qui s'occupent du SSAD, des crèches... groupe de suivi évaluation avec la ville, le Vinatier, la DDASS et le Grand Projet de Ville. Nous en sommes au deuxième étage de la fusée où nous espérons signer une charte de politique de santé publique avec une trentaine de partenaires (usagers, Conseil Général, santé scolaire...).

(Dr Renaud Gauguelin)

« Je vais vous présenter le regard de technicien : je suis fonctionnaire de la politique de la ville, chargé du

Conseil Local de Sécurité et du Comité Local de Prévention de la Délinquance. Je voudrais rappeler 2 ou 3 éléments : on entendait l'ensemble des partenaires locaux nous dire que les gens étaient de plus en plus malades et qu'il fallait un psychiatre et un policier dans chaque structure : « Que fait la police ? » « Que fait la psychiatrie ? » Au moment où on a commencé à penser à la mise en place d'une charte, il était essentiel qu'on connaisse les acteurs locaux. Il a fallu faire des croisements entre missions locales et CMP, puis institutionnaliser par la charte avec une signature institutionnelle, et que les équipes soient porteuses d'un engagement commun. L'ensemble a pu se décliner en matière de conventions, dans le cadre d'un travail de prévention en santé publique. Du coup, ce lien a du sens. On précise, on outille. L'objectif des séances de travail est d'aider les structures en les ramenant à leur savoir faire. »

(Luc Lamy)

« Il y avait une volonté de la mairie, très forte. Quand je suis allé me présenter au maire, il m'a fait 25 minutes de langue de bois, puis m'a dit qu'il fallait que je m'occupe de ceux qui arrivaient avec des tas de problèmes. Il fallait que le directeur d'hôpital soit derrière : on a doublé le nombre d'infirmiers, on a triplé les consultations... Ce qu'on voulait faire : pour que la psychiatrie puisse participer à la santé mentale, il faut qu'elle reste psychiatrique : consultations, mais sérieuses.

Nous voulions des délais courts pour la région lyonnaise pour la première consultation, avec possibilité de consultation d'urgence auprès d'un infirmier qui orientera. Le lieu a été rénové, agrandi. Puis nous avons procédé à une rencontre avec les partenaires, un travail de démythification avec la directrice de la mission locale qui nous a demandé « s'il y avait des boxes pour que les gens ne puissent pas se voir » : je lui ai répondu qu'il y avait même des souterrains qui partaient de là et sortaient à des endroits divers de la ville. Une fois pris le contact et qu'on s'est présenté, il faut renouveler régulièrement. On entend souvent : « Je ne suis pas psychiatre, mais... ». Il y a des résistances actives qu'il faut vaincre. Le partenariat ne marche que d'institution à institution. On a beaucoup axé sur l'aide aux aidants. On a commencé par des cas cliniques, perçus comme « cas difficiles » par les autres. Nous avons adopté des rythmes divers de rencontres selon les professionnels. On a créé un groupe Balint pour professionnels de l'action sociale, on supervise des actions de mise au travail de jeunes marginalisés (une fois/semaine).

L'action dans la cité : la municipalité y tenait beaucoup, sous forme de conférences aux professionnels dans les lycées, à la gendarmerie. Nous avons rencontré des obstacles : le secret et les loyautés diverses : on a pris le parti que les assistantes sociales donnent le nom de la personne, mais avec une position claire sur ce qu'on dit et ce qu'on ne dit pas. Pour que cela marche, il y a nécessité d'un principe d'horizontalité avec des grilles de lectures différentes qui ne doivent pas prendre le pas l'une sur l'autre. Nous sommes dans un dilemme permanent entre position d'expertise et décision clinique. »

(Dr Gilles Burloux)

LE RESEAU ICARE DE BORDEAUX : UNE INITIATIVE DE PROFESSIONNELS RELAYEE PAR DES ELUS

« Le médecin du secteur avait décidé il y a 20 ans de s'occuper de ses malades qui se retrouvaient isolés à la sortie de l'hôpital et qu'on voyait revenir en urgence. Les médecins du secteur, les assistantes sociales du centre médico-social, les représentants des CCAS de Talence et de Bordeaux, les élus, les associations de quartier se sont réunis. Au bout d'un an et demi, il a été décidé d'ouvrir un local qui pourrait recevoir ces anciens malades en errance. »

(Dr Yves Buffet)

« J'anime ASAIS (association d'aide à l'insertion sociale) qui existe depuis 20 ans et s'adresse aux personnes en errance dont on ne sait pas si leur mauvais état est origine ou conséquence de ruptures successives. Notre perspective est un abord global et dans la durée de ces personnes : santé mentale, insertion sociale, culture. Progressivement, nous avons mis en place Icare, centre de consultations psychiatriques où nous arrivons encore à prendre des rendez-vous à 8-10 jours, grâce à un partenariat assez extraordinaire entre les 2 gros centres hospitaliers de la région, la DRASS, la DRAC, les villes de Bordeaux et de Talence... Il a une particularité : non sectorisé, vu le type de population, pour établir des liens dans la durée.

A côté, a été ouvert le « bistrot » : endroit ouvert à tout le monde, fonctionnant sur un mode associatif où on peut être membre pour un mois avant de l'être à l'année, avec 8 ordinateurs pour une ouverture sur le monde. Les aubergistes sont infirmiers psychiatriques ou éducateurs. On n'est pas là pour étaler ses problèmes, mais on peut orienter : on ne demande à celui qui entre que d'être présentable.

A proximité, nous avons monté un atelier de spectacle de 50 places avec mimes, conteurs, écrivains, musiciens, avec tout un réseau d'échanges avec la Ville. 4^{ème} lieu : la résidence : un immeuble du quartier, avec 8 studios où nous animons tous les matins une réunion, où les résidents peuvent parler. Cela entre dans un projet global pour chaque personne. Participation des usagers : dès la création en 82, nous avons prévu deux sièges pour des usagers. On a eu quelques déboires avec une association des clients du bistrot, mais il y a des réunions d'adhérents d'ASAIS toutes les semaines, ils sont associés à l'évaluation, ils ont certaines responsabilités. Les personnes participent toujours à toutes les réunions qui les concernent. Ce sont les plus convaincus de l'intérêt du réseau.

Sur la question du réseau, cela fonctionne mais avec un certain nombre de résistances : cela a été une chance d'avoir pu réunir à peu près tous les partenaires institutionnels. On a été aidés par un travail de recherche et de réflexion avant de vouloir faire quelque chose avec les patients. Deux personnes ont joué un rôle central : Yves Buffet qui était généraliste du quartier, conseiller municipal de Talence et conseiller général, de gauche ; à droite Simone Noailles, adjointe au maire de Bordeaux, présidente du CCAS, ancienne assistante sociale, et présidente du conseil d'administration de l'hôpital Charles Perrens. Le temps a passé : aujourd'hui, on ne pourrait pas le faire, car les ruptures se sont approfondies. »

(Dr Michel Lemasson)

« Avoir des élus de Bordeaux, certains de Talence, pouvait aider à travailler et à faire le lien entre des anciens malades et la Société. S'était ouvert le bistrot, avec des jeux, puis peu à peu des ateliers, des expositions, pour les occuper. On a décidé de faire mieux en faisant une petite salle de spectacle dans un ancien hangar réaménagé grâce à la Mairie de Bordeaux, Gaz de France... où intervenaient des associations de théâtre... Cela a grossi par la réunion des Villes et de l'Hôpital, ce qui a probablement été le plus difficile : le Conseil général disait : « c'est un problème de santé : restez avec votre hôpital ». Cela reste la grande difficulté pour obtenir les financements nécessaires. »

(Dr Yves Buffet)

« Il y a dégradation lente et progressive de cette concertation au plus haut niveau. Le bistrot fonctionne avec 5 permanents pour une centaine d'adhérents. Ce n'est pas cher, mais la santé le vit comme du social et le social comme de la santé. On commence à diffuser depuis un an une charte qui s'est fortement inspirée de la charte de la Fédération aquitaine des réseaux : la personne est au centre. Le principal reproche qu'on nous fait : le réseau, ce n'est pas évaluable. Or, nous avons mis au point un test de satisfaction soumis aux adhérents et usagers, idem aux partenaires, et une grille d'évaluation pour les professionnels. On a choisi une équipe où soient représentées toutes les professions, mais avec divers statuts. Nous avons à peu près 20 % de RMIstes et une population qui se rajeunit. Des gens entrent directement par la consultation, au niveau du bistrot et d'Artisse, tout le monde peut

entrer prendre un café ou voir un spectacle, mais il y a une dimension d'accueil et on propose de devenir gratuitement membre pendant un mois pour permettre une prise de contacts et un début de liens. Tout cela est non sectorisé.

Certains secteurs disent que ce sont des moyens enlevés à leurs secteurs et ne nous parlent plus, et paradoxalement, les institutions de leurs secteurs nous envoient des gens. Nous nous adressons à une population particulière, sans pathologie avérée, mais qui est en errance. On rencontre des gens avec d'authentiques dépressions, des gens avec de gros problèmes d'alcool... A l'hôpital, ils venaient chercher autant de la chaleur humaine que des soins. Il y a 20 ans, il y avait encore un médico-social qui tenait la route. Il n'y en a plus : on en fait des problèmes morcelés.

(Dr Michel Lemasson)

UN RESEAU INFORMEL QUI FONCTIONNE : LE SECTEUR 14 DES YVELINES

« On a un secteur de psychiatrie normal, pour 75 000 habitants, dans une zone à morbidité équivalente à d'autres secteurs et à municipalités PS, UDF, RPR. Deux piliers à mon activité : psychanalyse et politique, dans l'héritage de Bonnafé. Je suis venu de la psychiatrie institutionnelle. Je suis né à Clermont de l'Oise, je suis donc un produit de la psychiatrie. Je me suis dit il y a dix ans que, dans le fond, l'hôpital n'apportait plus rien de bon. Je me suis dit qu'on pouvait diminuer les lits et mettre le personnel hors l'hôpital. Aujourd'hui, 75% du personnel est en ville. Nous avons 4,6 lits d'hospitalisation pour une file active de 1200 malades. Dehors, on peut travailler sans avoir l'idée d'hospitalisation elle-même.

La politique de réseau est née de la critique du sens de l'hospitalisation en psychiatrie. Je détruis l'hôpital en le rendant inutile. Le résultat est qu'au bout d'un certain temps, on a prévu de fermer mon pavillon. Dans la reconstruction de l'hôpital, je vais passer de 0 à 25 lits que je n'ai pas demandés. Un directeur adjoint m'a dit : « vous n'avez pas besoin de moyens puisque vous n'avez pas de lits ». J'ai le service le moins doté en personnel médical de l'hôpital. Faire une politique de réseau, c'est être taxé.

Comment on a construit notre politique ? en socialisant la psychiatrie et en allant au devant des gens dans la commune, selon la circulaire de 90 : le CMP devait être le point central. Nous en avons 3, là où les communications favorisent l'accès aux soins, à charge pour nous d'utiliser les ressources de la communauté. On m'accuse de cacher mes malades. Les patients schizophrènes du secteur ne sont pas parisiens, donc on s'en occupe : il y en a 200 à 300 qu'on suit chez eux. C'est peut-être plus facile qu'à Paris : on multiplie les consultations. On essaye d'avoir une extrême disponibilité, complétés par ERIC (10 à 20 interventions par an sur notre secteur). Il n'y a pas de file d'attente.

En cas de crise, on y va, plusieurs heures par jour si nécessaire. Quand on veut, le secteur répond à toute attente : il n'y a d'urgence que s'il y a un retard à la réponse. Le réseau est là pour alerter. Le réseau : je fais partie du réseau Sud-Yvelines, mais notre réseau, ce sont tous les gens touchés de près ou de loin par la santé mentale. Il n'y a pas d'adhésion, il y a des gens qui entrent et des gens qui sortent : il n'est pas formalisé. Une coordination, c'est trop structurel. Nous avons 3 conseils communaux de santé mentale formalisés et un en gestation. Dans ce cas, c'est la municipalité qui en est le patron. Même le curé en fait partie. Le maire écrit aux partenaires identifiés et les convoque.

Pour moi, la notion de réseau est antinomique avec la notion de formalité. C'est le maire qui décide, même si nous lui avons fourni une solution clé en main. Il y a un ordre du jour qu'on propose. Le maire doit connaître les besoins de la commune, comme les lycées, les collèges, la police, les assistantes sociales, les professionnels de santé, les associations d'usagers... Il y a un compte-rendu diffusé à chaque fois. On a réussi à faire passer toutes nos idées au réseau Sud-Yvelines. Je supervise leur équipe de liaison, je me sens garant d'une certaine éthique et ne suis là que pour cela .

(Dr Jean-Pierre Dejonghe)

« Je suis infirmier psychiatrique de formation. J'ai une formation de santé communautaire faite avec le Pr Pissarro. On m'a dit qu'agent de développement, ça faisait un peu tiers-mondiste. J'occupe une fonction un peu charnière pour convaincre les élus que si on prend les malades mentaux, c'est qu'ils sont déjà là : leurs concitoyens. Ensuite, j'essaie de comprendre comment fonctionnent les autres. On part du principe qu'on est compétents pour faire de la psychiatrie et de la santé mentale. Si on a besoin d'un coiffeur, on ne va pas former un infirmier à couper les cheveux, mais on va former un coiffeur à répondre à ce type de besoin. On leur explique ensuite comment, nous, on fonctionne puis on essaye de trouver un dénominateur commun de fonctionnement.

Parfois, ils peuvent nous appeler pour demander conseil sur une situation. Comme ils ont systématiquement une réponse, les situations ne pourrissent pas. Mon travail, c'est d'abord de faire un état des lieux sur l'ensemble des 70 000 habitants, autour de chaque CMP, pour voir ce qui existe, ce en quoi on peut l'utiliser, mais aussi ce en quoi les autres ont besoin de nous. Ensuite, prise de conscience, recensement de la socio-démographie du secteur : moyens d'accès aux soins, essai de mettre en place des consultations de proximité par des infirmières dans les communes deux après midi par semaines, où elles voient des gens « pas bien », mais qui ne sont pas encore « très mal », où elles peuvent faire un accompagnement aux soins. Il y a des demandes faites par les partenaires lorsqu'il y a des réunions de réseau : par exemple autour de l'alcool.

On a une association de santé mentale qui ne fait que de la prévention, dans des locaux de la ville. On organise une conférence pour leur expliquer comment le travail se fait autour de l'alcool en psychiatrie en faisant venir un spécialiste extérieur. Ces conférences sont ouvertes aux professionnels (l'après-midi) ou à la population (le soir). C'est le patient qui détermine les relations avec le partenaire.

(Christian Godin)

« On a réussi à faire baisser le tarif des transports en commun sur toute la zone, pour tout le monde, parce que nous voulions faciliter l'accès aux CMP. On applique tous les textes. Il y a actuellement constitution d'une cellule de crise pour les catastrophes dans les Yvelines : on y est. »

(Dr Jean-Pierre Dejonghe)

LE RESEAU SANTE MENTALE YVELINES SUD

(Pr M. Ch Hardy-Baylé)²⁵

Le réseau Santé Mentale Yvelines Sud présente des particularités du fait même de son objet et de l'aire géographique concernée. Il permet de suggérer une définition d'un réseau à la fois originale par rapport à certaines préconisations mais également très complète avec une double vocation d'organisation de l'offre de soins et d'amélioration de certains parcours thérapeutiques spécifiques au sein de la santé mentale.

La philosophie générale du projet repose sur deux postulats :

- *Une amélioration de l'offre de soins en santé mentale est possible.*
L'utilisateur et même les professionnels de santé disent leur difficulté à se repérer dans les circuits de soins en santé mentale, à accéder au type de suivi le plus adapté aux besoins d'un patient, à pouvoir « circuler » d'un système de soins à un autre : médecin généraliste, spécialiste, suivi en ville, prise en charge hospitalière et/ou dans le cadre d'un secteur de psychiatrie.
Ces difficultés témoignent de dysfonctionnements qui touchent l'ensemble de la chaîne des soins et semblent essentiellement liées au cloisonnement actuel des professionnels en charge de ces patients. Or, la pratique en réseau est le moyen le plus puissant de décroisement entre les acteurs de santé et de mise en commun de « savoirs » spécifiques. En effet, la diversité des pratiques en santé mentale ne doit pas alimenter le cloisonnement des partenaires mais peut au contraire être une véritable richesse dans le cadre de collaborations bien comprises. Mettre « le patient au centre du dispositif de soins » prend, dans une organisation des soins en réseau, tout son sens. Pour un usager donné, le choix dans les réponses qui lui seront données au sein du réseau pourra devenir identique quel que soit le partenaire du réseau sollicité, puisque le choix se fera vers le professionnel possédant les compétences nécessaires au suivi de ce patient à ce moment précis de son évolution. La pratique en réseau est le moyen le plus puissant d'explicitation des pratiques puisqu'il repose sur des définitions précises des spécificités de chacun.
En outre, les pratiques de soins elles-mêmes devraient s'améliorer dans une organisation en réseau dans laquelle les collaborations entre partenaires de soins, la formation, l'information et l'évaluation des pratiques permettront d'assurer le niveau de compétences nécessaires à chacun des partenaires dans la spécificité de son exercice.
- *Une amélioration de la lisibilité de l'activité et du flux des dépenses est nécessaire.* Elle seule permettra de pouvoir argumenter les moyens en rapport avec un projet médical cohérent et global.

²⁵ Extraits de l'encadré fourni par Mme Hardy-Baylé pour l'ouvrage de P. Larcher et P. Poloméni « La santé en réseaux – Objectifs et stratégies dans une collaboration ville-hôpital », Masson Ed, Coll. Objectifs en management hospitalier, Paris 2001, 186 pp.

Le réseau peut ainsi être conçu comme une opportunité que prennent les professionnels de santé pour répondre à la question de la capacité du système de soins en santé mentale à mieux répondre à la demande actuelle et à anticiper son augmentation en termes d'optimisation des ressources existantes, par la collaboration entre partenaires de soins, mais également en termes de moyens, ceux-ci ne pouvant être compris par les organismes payeurs que dans un projet médical global et cohérent rendant lisible le flux des dépenses et crédibles les demandes de moyens.

Ce réseau présente, dans cet esprit, trois particularités importantes :

- **le thème** : la santé mentale dans son ensemble. Ce choix repose sur l'idée qu'une amélioration globale de la prise en charge de la santé mentale est possible à travers des actions « transversales » utiles à l'ensemble des patients, quelle que soit leur pathologie (de la souffrance psychologique aux troubles mentaux avérés). Ces actions sont aussi bien des actions de formation, d'information, d'offres de service nouveaux (modalités d'organisation des réponses en urgence...) ou d'évaluation des pratiques. Des réflexions spécifiques sur certaines pathologies trouvent leur place dans ce cadre plus large.
- **Le choix des partenaires** : l'idée selon laquelle la diversité des pratiques est une richesse en psychiatrie, implique que ce réseau intègre l'ensemble des professionnels concernés par la santé mentale. Si, dans un premier temps, le projet a été initié par les médecins : médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychiatres hospitaliers publics ou privés, il s'est depuis ouvert aux partenaires sociaux, aux usagers et aux autres professionnels de santé (psychologues, infirmiers spécialisés).
- **La taille de la zone géographique concernée** : le choix de cette zone est une conséquence des deux premières particularités. Le demi département des Yvelines Sud (secteur sanitaire n° 9) est une aire géographique suffisamment large (600 000 habitants) pour intégrer dans un souci de complémentarité des partenaires très différents et pour rendre pertinent et efficient la création des missions communes de formation, d'information ou de services nouveaux.

En pratique : le fonctionnement du réseau

Les partenaires : 4 établissements de soins et 96 médecins libéraux

Ce projet, ouvert à l'ensemble des partenaires participant à l'offre de soins dans cette zone géographique, est constitué, par le biais d'une convention constitutive signée en juin 1999, de quatre établissements de soins (un CHS [l'EPS Charcot], un CHG [le Centre hospitalier de Versailles], un établissement mutualiste privé participant au service public hospitalier : l'Institut Marcel Rivière [MGEN], une clinique privée [la clinique d'Yveline]), et de 96 médecins libéraux (40 psychiatres et 56 médecins généralistes) qui ont adhéré au réseau par le biais d'associations créées spécifiquement pour ce projet Psylib pour les psychiatres et GyPsy pour les médecins généralistes).

Huit mois de fonctionnement : plus de 30 réunions, plus de 70 participants, un échange en temps réel avec l'ensemble des adhérents du réseau

Durant les huit premiers mois de son fonctionnement, ce réseau s'est donné pour objectif d'effectuer un état des lieux de la demande et de l'offre de soins et de proposer un projet médical cohérent et partagé, susceptible de répondre aux besoins d'amélioration. Plus de 70 médecins ont participé à l'une ou l'autre des 30 réunions thématiques ou générales qui ont été nécessaires. Les comptes rendus de toutes les réunions étaient adressés à l'ensemble des adhérents qui pouvaient ainsi suivre l'évolution des propositions et apporter leurs commentaires.

Dans un premier temps, ces réunions ont réuni les médecins généralistes et spécialistes du réseau. Depuis, le réseau s'est ouvert aux autres partenaires concernés.

L'objectif de ces réunions est, non seulement de constituer un lieu convivial où des professionnels ayant classiquement peu d'échanges pouvaient se rencontrer, mais de mettre en commun, à partir d'un thème donné, des spécificités d'exercice et de parvenir à un consensus pour améliorer la prise en charge des patients dans le respect des particularités et des limites de chacun. Ce travail est réalisé dans le cadre de groupes de travail, dont les propositions sont rapportées et étudiées par un comité médical de pilotage qui débat des projets approuvés et de leur faisabilité dans le cadre d'un comité institutionnel de pilotage où sont représentés les médecins, les directions des établissements et les tutelles (Agence Régionale de l'Hospitalisation et assurance maladie).

Le fonctionnement du réseau : des propositions concrètes

L'ensemble de ces rencontres a permis de faire des propositions sur les actions à mener pour améliorer l'offre de soins dans la zone concernée par l'expérience. Deux grands types d'actions se dégagent des propositions émises :

- des actions pour une amélioration globale de la prise en charge en santé mentale : elles portent sur la formation, l'information, l'évaluation et la mise en œuvre de nouveaux services utiles à l'ensemble des usagers, quelle que soit leur pathologie. Des commissions de suivi de ces actions ont pour objectif d'organiser leur mise en œuvre, d'évaluer leur pertinence et de proposer des évolutions si nécessaire. Parmi

les nouveaux services, les groupes de travail ont proposé : une formalisation des circuits de l'urgence psychiatrique dans la zone concernée par l'expérience, l'ouverture de créneaux horaires ou de structures susceptibles de répondre aux demandes de consultations « en urgence » pour les intervenants de première intention, la création d'une équipe de liaison permettant de répondre aux demandes émanant du champ social...

- des modifications dans les parcours thérapeutiques de certaines pathologies : pour l'heure, les partenaires du réseau ont apporté des propositions d'amélioration pour la dépression, les troubles schizophréniques, l'anxiété et les personnalités pathologiques. D'autres thèmes feront l'objet d'une réflexion l'année prochaine.

Nous présenterons quelques unes des propositions d'actions dans chacun de ces registres : nouveaux services ou organisation utiles dans certaines situations communes à plusieurs pathologies, missions transversales, évolution dans des parcours thérapeutiques spécifiques.

- *De nouveaux services ou organisation utiles dans certaines situations communes à plusieurs pathologies*
Nous évoquerons ici, à titre d'exemple, la proposition de création d'une équipe de liaison spécialisée permettant de répondre aux demandes émanant du champ social.

Le problème des liens entre champ sanitaire et champ social a fait l'objet de plusieurs rencontres entre les médecins du réseau et les partenaires du champ social. Les trois médecins CLI (commission locale d'insertion) de la zone concernée par l'expérience ont été sollicités d'emblée et y ont largement contribué.

Les demandes d'encadrement, de conseils rapides, de formation, d'information sur les différents partenaires susceptibles d'intervenir dans la demande, d'évaluation, sont largement communes à l'ensemble des partenaires du champ social. Par ailleurs, cette équipe pourrait rassembler des demandes qui ne parviennent pas toujours aux secteurs concernés, en faire une première analyse et intervenir en coordination avec les équipes de secteur. Enfin, les demandes de formation, d'encadrement, d'information pourraient être centralisées. Cette centralisation, outre de permettre une évaluation plus fine de la demande réelle, devrait permettre une réponse globale à l'ensemble des demandes et éviter de cloisonner des actions extrêmement liées comme l'intervention et la formation.

La constitution, les modalités de fonctionnement, le cahier des charges de cette équipe sont en cours de formalisation avec l'ensemble des partenaires concernés. Une commission de suivi sera en charge d'en assurer l'application et de veiller à son bon fonctionnement.

- *Des programmes de formation*

La nature et les modalités de la formation utile à chacun des partenaires du réseau en fonction de sa spécificité a fait l'objet de nombreuses discussions.

Si les médecins généralistes sollicitent prioritairement une formation à partir de « cas réels » permettant d'ouvrir sur des connaissances générales très pratiques de type « recommandation », une mise à niveau des connaissances en santé publique, en économie de la santé, en évaluation des pratiques, en innovations thérapeutiques, est souhaitée par l'ensemble des partenaires, notamment les spécialistes.

Trois week-ends de formation par an permettront de créer un lieu de rencontre ouvert à tous les adhérents et de répondre à ces demandes. Le prochain cycle sera consacré au thème : « personnalité pathologique et anxiété : reconnaissance et prise en charge » et ouvrira sur la question des psychothérapies : indications ? qui peut poser l'indication ? qui peut assurer quelle technique psychothérapeutique ? quels objectifs peut-on fixer à quelle psychothérapie ?

- *Des procédures d'évaluation*

L'évaluation doit à la fois permettre de connaître les ressources existantes dans la zone géographique concernée et de suivre l'évolution des prises en charge induites par le réseau.

Une vaste enquête a été lancée pour estimer l'activité, les pratiques et la satisfaction des professionnels. Plus de 600 médecins ont été contactés. Les résultats, en cours d'exploitation, montrent un taux de participation élevé.

Une fiche patient permettra de suivre l'activité du réseau. Des critères de résultats et de procédures sont également définis pour évaluer l'effet du fonctionnement en réseau et des propositions faites (nombre et durée des hospitalisations à nombre de patients équivalents, délais de rendez-vous, nombre de suicides et de tentatives de suicides...).

- *L'information*

La diffusion au sein d'un réseau concerne à la fois le partage entre les professionnels d'une information générale utile à leur pratique (diffusion de connaissances, meilleure connaissance de l'offre sanitaire et de l'offre sociale...), le partage de l'information.

La création d'un Intranet du réseau est en cours d'étude pour permettre le transfert sécurisé des informations concernant l'information au sujet d'un patient d'un adhérent à l'autre (dossier limité, lettre type), l'information au sujet du réseau (annuaire, travaux...), le recueil statistique sur l'activité du réseau (fiche

anonymisée), les informations générales sur la santé mentale (sorte de centre de documentation).

Un service Internet permettra de faire connaître le réseau aux patients et aux partenaires potentiels.

- *Des modifications dans des prises en charge spécifiques*

Nous prendrons comme exemple le parcours évolutif et thérapeutique des déprimés. À propos de la dépression, les améliorations essentielles proposées par les partenaires du groupe de travail ont porté sur deux points essentiels :

- renforcer sensiblement la prise en charge des premiers épisodes. De la qualité de leur rémission dépend en effet le cours évolutif ultérieur des dépressions. Il est apparu essentiel de faciliter la reconnaissance et le traitement de première intention ainsi que le recours au spécialiste par :
 - une formation aux intervenants de première intention à la reconnaissance mais également au traitement de première intention, ainsi qu'aux modalités de recours au spécialiste ;
 - le développement de consultations spécialisées « en urgence » notamment pour les intervenants de première intention confrontés à des situations d'« impasse thérapeutique ». Différents établissements hospitaliers et quelques psychiatres libéraux ont accepté de formaliser cette pratique.
 - La formalisation de la place de la psychothérapie. Dans cette perspective, l'intégration des psychologues au réseau est actuellement en cours de réflexion.
 - Le développement de pratiques collaboratives dès les premiers épisodes avec les intervenants de première intention sous la forme de consultation d'avis tout au long du suivi de cet épisode. Il faut rajouter que les pratiques collaboratives entre partenaires sont un outil puissant de transmission du savoir qui influence les pratiques elles-mêmes, dans leurs aspects les plus techniques.
 - L'instauration de consultation d'expert dès les premiers épisodes afin de déterminer les facteurs de risque de rechute et de chronicisation et la prise en charge utile pour réduire ces facteurs.
- Renforcer la prise en charge des déprimés résistants par une coordination des différentes interventions souvent nécessaires pour ces patients et création de structures adaptées à leur prise en charge (du type « hôpital de jour » pour déprimés). Un établissement appartenant au réseau s'est engagé à inclure ce projet dans son projet d'établissement. Actuellement, l'éventail des moyens mis à disposition des professionnels pour assurer le suivi de ces patients semble insuffisant, en particulier en termes de structures et de recours aux possibilités du champ social.

Les problèmes de financement

Ce réseau a pour objectif principal, on l'a vu, l'amélioration des prises en charge. Il est légitime de penser qu'une telle organisation des soins permettra de réduire à terme certains coûts liés aux complications et à la chronicisation des troubles, notamment le recours à l'hospitalisation ou aux services d'urgence. Il générera donc des économies, du moins à nombre de patients constant. Néanmoins et à court terme, ce réseau, comme tous les autres, a besoin de financements pour travailler. Ces financements sont de deux ordres :

- les coûts de fonctionnement du réseau (médecin coordonnateur, coordonnateur administratif, secrétaire, coûts de logistique et d'informatisation). Ils sont d'autant plus importants que l'aire géographique est grande et la pathologie concernée large, mais sont facteurs d'économie par rapport à la multiplication de coûts de fonctionnements pour plusieurs réseaux;
- le coût de la mise en place des propositions d'actions : création d'une équipe de liaison, frais liés à la formation, à l'évaluation, rémunération de certaines consultations d'avis.

Durant sa première année de fonctionnement, le réseau a bénéficié de crédits octroyés par l'Agence régionale de l'hospitalisation d'une part et par les établissements partenaires du réseau d'autre part. Pour l'avenir, d'autres sources de financement doivent être trouvées, qui reflètent la diversité des champs d'intervention du réseau : médecins libéraux, institutions publiques et privées, partenaires du champ social.

Dans ce sens, il est important que la diversité des réseaux, de leurs objectifs et de leur mise en œuvre puisse être entendue par l'ensemble des financeurs potentiels. Il est clair qu'un tel réseau, dont la dimension organisationnelle est importante, ne concerne que pour une partie les demandes de dérogations tarifaires pour lesquelles la commission Soubie est compétente. Pour autant, ce réseau ne peut être seulement conçu comme un réseau répondant aux objectifs de l'Agence régionale de l'hospitalisation comme le prouve l'adhésion de 96 médecins libéraux. Les critères d'attribution de crédits dans le cadre du décret sur l'amélioration de la qualité des soins en ville seront à cet égard essentiels.

Tout comme les professionnels de santé ont fait l'effort d'une réflexion en réseau, qui implique un certain changement de culture par l'intégration de la position des autres acteurs du champ, il est maintenant indispensable que la culture de réseau gagne le fonctionnement même des institutions qui gèrent la santé dans la diversité de ses dimensions.

UN SERVICE DE PSYCHIATRIE AU CŒUR DE LA CITE : LA PSYCHIATRIE CITOYENNE ET LES RESEAUX DE SANTE MENTALE DE LILLE EST ²⁶

Le site du secteur de psychiatrie de Lille-Est (59G21) correspond à un bassin de 86 000 habitants, vivant en zone urbaine. Le contexte régional marque fortement la réalité du secteur : la région Nord-Pas-de-Calais est en effet la région la plus jeune de France, 4,2% de la population est étrangère, le chômage y sévit, entraînant une précarité importante de la population. L'état sanitaire est marqué par une surmortalité, une espérance de vie la plus courte de France et un sous-équipement sanitaire.

Le secteur se déploie sur une surface de 2653 hectares au sud-est de la Métropole lilloise, soit 6 villes de la banlieue est. La gestion administrative est assurée par l'E.P.S.M. Lille Métropole²⁷, établissement situé à 25 kilomètres à l'Ouest de Lille, à Armentières.

En 1977, le service comporte à l'Hôpital Psychiatrique d'Armentières, 6 pavillons qui hébergent plus de 300 malades mentaux chroniques, parmi lesquels une soixantaine d'« agités » venant de toute la région et de la prison de Loos-lez-Lille, parqués dans le pavillon de force régional, plus 15 tuberculeux. C'est cette réalité de départ, enfermée derrière les murs, qui sur vingt ans va se développer en un service complètement inséré dans la cité.

Pour cela est créée dès 1977 l'**Association Médico-Psycho-Sociale (AMPS)**, association de droit privé, qui relie toutes les bonnes volontés de l'époque pour changer la réalité asilaire et développer la sectorisation : familles, élus, équipe de psychiatrie... Elle s'installe à la Maison Antonin Artaud à Hellemmes, mise à disposition par la municipalité et sert de levier pour toutes les actions menées. En liaison avec l'hôpital d'Armentières, l'AMPS regroupe les élus des six municipalités du secteur, des soignants, des partenaires sociaux et les personnes intéressées à la mise en œuvre de la politique de sectorisation, sur les territoires de Lille-Est.

La première mission de l'AMPS a été d'effectuer une **sensibilisation de la population**, par des réunions organisées dans les quartiers, puis au travers de recherches qui ont étudié et mis en évidence les représentations de la maladie mentale et de la folie et la stigmatisation incroyable dont sont victimes les personnes qui en souffrent. Dès lors, un travail en commun avec **les artistes locaux** a été entamé pour lutter contre l'image négative de la folie et des maladies mentales dans les populations des villes du secteur. De multiples actions culturelles et artistiques ont associé les équipes psychiatriques et les instances municipales : Semaine culturelle du pavillon 11, Procès de la folie en 1984, à l'occasion de la fermeture définitive du pavillon de force régional, réalisation de films, campagnes d'affichage, vernissage d'œuvres d'art d'artistes ayant travaillé dans les structures du secteur.

AGORA, un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) spécialisé dans la réinsertion de patients hospitalisés au long court, ouvre ses portes, ses salariés étant rémunérés par l'AMPS. Cette expérience initie les premiers contacts avec les bailleurs sociaux, pour la mise en place d'un appartement associatif et thérapeutique, puis pour l'accès à des logements associatifs disséminés pour lesquels l'AMPS continue de se porter caution.

Ces 25 années de travail commun au sein de l'association entre instances sociales et sanitaires ont permis peu à peu de tisser le maillage qui constitue à présent le secteur de psychiatrie de Lille-Est.

1 - Les structures de soins actuelles du secteur Lille-Est, disséminées au sein des villes, représentent une dizaine de lieux différents, mais continuellement en relation les uns avec les autres, permettant une circulation du patient entre chacune d'elles.

Ces lieux de soins sont le plus souvent loués ou mis à disposition par les municipalités, situés au plus proche de la population soignée. **Aucune structure n'est mise en place sans l'avis conforme des élus municipaux.** La philosophie générale est celle du soin et de l'accompagnement. La pratique est ouverte et multiple.

2 - L'insertion accompagne le soin

a. L'habitat :

L'accès à des **appartements associatifs** disséminés dans le tissu social, constitue l'un des axes prioritaires du travail de réinsertion. Une « **commission appartement** » regroupe des membres de l'AMPS, des offices HLM (Habitations à Loyer Modéré), des bailleurs sociaux, des soignants, des représentants des associations de familles et d'usagers, ainsi que des curateurs. Cette commission décide de l'attribution des appartements installés dans le parc des HLM des communes du secteur. L'AMPS assure la caution, les patients prennent eux-mêmes en charge le loyer et les charges courantes, avec l'aide de leur curateur ou tuteur.

²⁶ Lille Est regroupe les communes de : Fâches-Thumesnil, Hellemmes-Lille, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin.

²⁷ Ancien Hôpital Psychiatrique d'Armentières rebaptisé Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole

Le programme d'insertion se concentre sur la **réhabilitation psychosociale de l'usager dans la cité**, sur la continuité dans l'élaboration du projet social initial et la régularisation de la situation administrative, financière et sociale de l'usager.

► **La Résidence associative et thérapeutique André Breton** représente une autre forme d'accès au logement, là aussi dans le cadre d'habitation à loyer modéré, sur la ville de Fâches-Thumesnil. Cette résidence comporte **6 appartements associatifs et un grand appartement thérapeutique** où sont accueillies 6 personnes présentant un handicap profond. Cet accueil est rendu possible par la présence constante de membres du personnel hospitalier, en particulier ASH (Agents du Service Hospitalier). La résidence est complétée par 5 logements sociaux gérés entièrement par la mairie. Chaque patient est locataire de son appartement. C'est une alternative réelle et efficace aux concentrations de handicapés profonds telles que les maisons d'accueil spécialisées, qui représentent une nouvelle figure de la ségrégation par le handicap.

► **Deux structures allient habitat et famille d'accueil:**

- **La Résidence Ambroise Paré**, située dans un immeuble de logements sociaux, comporte 2 studios dont un occupé par un étudiant, un F3 occupé par 2 résidents usagers et un F4 logeant une famille thérapeutique alternative à l'hospitalisation et 2 résidents. Cette famille joue le rôle de « gardien » pour l'ensemble des appartements. Le dispositif s'insère dans un programme d'habitat à loyer modéré très social, approuvé par la mairie de Lille et les HLM de la ville.
- **La Résidence Samuel Beckett** est un ancien CHRS destiné aux personnes venant du secteur. Ce centre appartenant à la municipalité de Fâches-Thumesnil, est mis à disposition de l'EPSM Lille-Métropole qui en a fait un appartement accueillant **une famille d'accueil thérapeutique alternative à l'hospitalisation** et un 2^{ème} appartement de type F5, lieu d'**accueil thérapeutique associatif et social transitoire** pour une transition vers une solution de logement en appartement associatif, en appartement « normal », en maison de retraite ou autre. Un étudiant est également logé avec eux. La famille joue aussi ici le rôle de gardien, en échange de la gratuité du logement. Une maîtresse de maison est présente dans les locaux de l'appartement transitoire. L'équipe éducative assure les soirées et les infirmiers de secteur passent autant de fois qu'il le faut pour les traitements.

b. Le travail :

Le **Centre d'Adaptation à la Vie Active (CAVA)**, est une structure municipale de réinsertion par le travail, destinée aux personnes en difficulté : RMIstes, handicapés, chômeurs longue durée, pour 12 places, patients adressés par le secteur pour 12 autres. L'objectif est l'acquisition d'un rythme de travail, l'apprentissage de la vie professionnelle à travers ses contacts sociaux. Cette première étape peut se poursuivre par un emploi dans l'atelier protégé IRIS, comme salarié : ceci concerne 17 % de personnes malades mentales mixées avec d'autres formes de handicap sur orientation de la COTOREP.

L'étape suivante, en cours de réalisation, consistera à faire accéder des patients ou ex-patients à des emplois municipaux en milieu ordinaire, sous forme de CES (Contrat d'Emploi Solidarité), obtenus par convention entre l'inter-communalité et l'AGFIPH.

c. L'art, la culture et les loisirs

C'est à partir du centre FRONTIERES\$, galerie d'Art contemporain et ateliers artistiques que se déploient les activités artistiques dans le cadre d'un partenariat hôpital/culture, qui dure maintenant depuis 18 ans. Cela a commencé par la remise en état de la Clinique J. Bosch, ancien pavillon de force, par les patients qui y ont séjourné, en relation avec une architecte. Le secteur a fait partie de la mission « **Santé, culture, pratique musicale en institution** » organisée dans les années 83-84 par le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé.

Depuis lors, **60 heures d'intervenants culturels par semaine ont été mis en œuvre** par l'EPSM Lille Métropole pour les activités artistiques. Un temps complet d'intervenant artistique a été créé il y a un an, et toutes les structures culturelles du secteur, voire de la ville de Lille sont investies par ces activités. Les artistes ont un contact très libre, naturel avec les personnes qui ont des troubles mentaux. Ils sont les passeurs naturels vers la normalité, qu'ils questionnent eux-mêmes. L'art a ceci de particulier qu'il établit une égalité entre malades et non malades dans la production. Il permet une valorisation et une sublimation sociale. Il nécessite, comme pour les troubles mentaux, une interprétation. Il ne peut être compris d'emblée. L'intégration des artistes dans un secteur de psychiatrie permet de stimuler une créativité qui traverse la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui ont des troubles mentaux.

3 - Un éventail de partenaires

Les élus apparaissent au premier plan de ce maillage, engagés dans le travail d'insertion à travers la mise à disposition de logements, de lieux de consultation, de salles municipales pour la restauration et les activités thérapeutiques. Interpellés dès 1977 par l'AMPS, ils ont accepté de questionner leurs représentations sur la

maladie mentale, de placarder sur les murs de leur ville les affiches de « A la folie » pour la campagne de sensibilisation à la maladie mentale. En actionnant leurs réseaux, ils savent ouvrir des portes, aplanir les difficultés, pour donner à leurs administrés souffrant de troubles psychiques, un véritable droit de cité.

Les institutions sociales constituent d'autres interlocuteurs tout aussi incontournables : travailleurs sociaux des CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) et du Conseil Général, sont fréquemment impliqués dans la prise en charge, garantissant un accès au droit de la personne. Le recours à leur service en lien avec les associations tutélaires permet d'assurer la permanence du logement, régler les soucis de ressources, les problématiques d'insertion.

Les artistes : l'Orchestre National de Lille, l'association de théâtre QUANTA, l'association Danse à Lille, les artistes indépendants, plasticiens, photographes, musiciens, permettent d'offrir des activités thérapeutiques complètement intégrées dans le paysage culturel local. Aller au concert, créer un ballet, participer au vernissage d'une exposition d'œuvres d'art, représente pour certains patients une expérience nouvelle, moteur d'une ouverture plus grande aux autres et à la réalité. **La Galerie FRONTIERE\$** animée par l'artiste **Gérard Duchêne** donne à voir sur la rue cette alliance de l'art et du soin.

Les associations de familles et d'usagers forment un autre maillon du dispositif. Des représentants de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles des Malades Mentaux) siègent à la Commission d'attribution des appartements, et sont de plus en plus sollicités pour s'associer aux manifestations du secteur et à ses projets. Ils ont été rejoints plus récemment par l'Association des Usagers de la psychiatrie « **Lille m'est trop pâle** », association encore jeune, appelée à se développer, et à devenir une force de propositions, de critiques, d'amélioration de la qualité des soins.

Enfin, un autre partenariat est celui instauré de longue date avec les autres **acteurs locaux du soin**. En premier lieu, ce sont les médecins généralistes des villes du secteur, collaborateurs essentiels à tous les suivis. Des relations étroites avec chacun d'eux établies de longue date, leur permettent d'adresser facilement les patients au CMP, en recevant en retour des courriers systématiques pour chaque consultation ou hospitalisation. Les médecins généralistes sont les seuls prescripteurs des patients (hors hospitalisation), sur proposition du psychiatre consultant. La fréquence des courriers, des appels téléphoniques, des rencontres, permet d'échanger sur les modalités de prise en charge des patients, sachant que par leur fonction de médecin de famille, ce sont eux qui vont être au plus près de la vie quotidienne de nos usagers.

Cette collaboration étroite se voit confirmée depuis cette année par l'ouverture d'une consultation avancée du CMP Antonin Artaud dans les locaux d'un cabinet de médecine générale de Mons-en-Barœul.

Plusieurs pharmaciens s'intègrent aussi à ce partenariat, permettant la délivrance en officine des traitements, dans le cadre d'une relation de proximité avec le patient et d'une banalisation de la prise des traitements prescrits.

Les infirmiers libéraux sont eux aussi souvent sollicités, à la fois pour effectuer les injections retard au domicile des patients, mais aussi pour assurer les soins de nursing et d'hygiène sur prescription médicale.

Enfin, des liens très étroits sont établis avec le Centre d'Accueil et de Crise (CAC) du Centre Hospitalier Régional de Lille, unité accueillant pour 72 heures les patients en détresse aiguë.

4 - Les clés d'une psychiatrie ouverte sur la cité

Présente en toile de fond dans plusieurs pôles du secteur, la **culture** constitue un véritable outil vers la citoyenneté. Proposée aux patients lors des activités thérapeutiques, elle est aussi le vecteur qui depuis la création du service a permis de mobiliser des acteurs du champ social et d'interpeller leur représentation de la folie. La cité est aussi sollicitée à travers les multiples **partenariats** que le secteur établit avec elle, avec l'idée que la psychiatrie ne peut pas travailler seule, si elle veut garantir à ses patients une intégration dans le tissu social.

Ce sont aussi la **mobilité des patients** d'une structure à une autre du secteur et la **transversabilité des prises en charge** : elles peuvent s'effectuer sur plusieurs pôles en même temps, de l'hospitalisation aux activités thérapeutiques, de la simple consultation à la prise en charge à domicile avec une présence soignante quotidienne.

Cette énergie se nourrit des activités de **recherche**. Les questionnements suscités par ces travaux et la visite par l'équipe du secteur d'autres expériences de psychiatrie communautaire comme celles de Trieste, Birmingham ou Stockholm, fournissent aux professionnels le matériau pour des propositions innovantes.

Ce fonctionnement assure :

- une **permanence de soins à domicile** 16h/24 et 7 jours/7 (qui va passer en 2002 à 24h/24, avec possibilité d'interventions constantes)
- un **suivi des patients par le référent infirmier et le médecin** où qu'il séjourne, que ce soit dans les structures du secteur ou ailleurs

- un **non abandon des usagers les plus malades** : le médecin traitant, le pharmacien, la famille sont impliqués au jour le jour dans le soin. Chaque personne qui sort de l'hôpital a un logement ou un suivi en foyer avant le logement par l'équipe DIOGENE qui intervient dans l'ensemble des structures sociales de la métropole.
- **Un accompagnement systématique.**
- **Une affirmation des droits** : accès au dossier, liberté de circulation, continuité, permanence, promotion des droits des usagers, évaluation, tels sont les mots-clés de notre action.

Le réseau, mode futur de la cogestion de la santé mentale

La cogestion de la santé mentale en terme de prévention et de post-cure (insertion) est effectuée avec les municipalités à travers l'Association Médico-Psycho-Sociale. L'AMPS est certainement la prémisse du conseil inter-municipal de santé mentale.

5 - Et les projets ?

Alors que depuis 1977, le secteur Lille-Est a parcouru à rebours le chemin d'Armentières à la banlieue Est de Lille, pour s'intégrer complètement dans le tissu urbain, se complexifier et s'assouplir, il reste pour les années à venir des projets phares vers lesquels avancer.

En premier lieu le **projet FRONTIERES**, mis en place depuis 1990. Il concerne la création d'un équipement à la fois sanitaire, artistique et culturel :

- un centre communautaire de santé mentale permettant d'accueillir 10 personnes en hospitalisation complète (délocalisation des lits situés à Armentières), associé
- à un centre d'art contemporain ouvert au public,
- à des logements pour artistes et étudiants et aux familles d'accueil alternatives à l'hospitalisation.

Mis en place avec la municipalité de Lille, d'Hellemmes et l'EPSM Lille Métropole, ce centre doit amener la fermeture des lits de l'ancien hôpital psychiatrique d'Armentières et l'intégration complète de ceux-ci dans la ville. La préparation de ce projet, passe par des objectifs intermédiaires, comme :

- la multiplication des **consultations avancées** (cabinet des généralistes, centres d'actions sociales),
- la formalisation de **réseaux** entre les partenaires de soins des villes,
- le développement des familles d'accueil thérapeutique alternatives à l'hospitalisation,
- la présence 24h/24h de soignants sur le secteur.

Jean-Luc ROELANDT, Isabelle GUESDON et coll.

POUR UN LIEU D'ACCUEIL OUVERT LA NUIT DANS LA CITÉ

Ce texte – délibérément court – a une triple fonction et ambition : essayer de résumer l'état des réflexions actuelles sur ce projet, être une contribution et invitation à des critiques et soutiens, conforter les volontés de mise en place d'un tel Lieu d'accueil, d'aide socio-médico-psychologique, ouvert la nuit (quand tout est fermé), dans la cité, ici à Rouen, sans discrimination particulière, donc ouvert à tous ceux qui en auraient besoin.

L'existence de besoins connus et le constat des limites actuelles :

- Soulignons d'abord l'importance et la qualité de ce qui existe déjà, tant au niveau des acteurs que des lieux. L'oublier serait injuste envers tous ceux qui œuvrent souvent avec dévouement, sur ce terrain.
- Précisons aussi toutes les dispositions du monde, meilleures les unes que les autres, risquent de ne jamais suffire et d'aimer vers elles les demandes qui ne trouvent pas de réponse ailleurs.

Pour autant l'évolution sociale, l'érosion des réponses traditionnelles, la transformation des demandes et leur adresse... rendent nécessaire l'invention de nouvelles propositions. L'engorgement des centres médicaux d'urgence et de crise au CHU, au Centre 15 et 115, à l'Hôpital Psychiatrique... est considérable. Les demandes d'aide sociale d'urgence, de «dépannage », croissent toujours. Les équilibres déjà fragiles de toutes ces institutions sont mis à mal par l'afflux des situations de précarité, des phénomènes de violence et d'agressivité, des troubles en rapport avec des conduites addictives....Le manque de places et de professionnels augmente les sentiments d'insatisfaction, d'inadéquation des réponses et d'encombrement de lieux non adaptés.

Des acteurs et partenaires déjà disponibles, à l'intersection de plusieurs disciplines

Même si une clinique psychosociale et balbutiante de la souffrance peut être dégagée pour étayer les raisons d'un tel projet, il doit être autant question de mission de service public, de recherche pratique, partage de connaissances, validation de savoir-faire dans ce qui fait l'honneur des valeurs de notre société.

Depuis plusieurs années, beaucoup d'acteurs se sont saisis de ces questions. Citons l'expérience de «La

Moquette » ouverte la nuit 15, rue Gay-Lussac à Paris 5^{ème}, le Centre d'accueil et de crise du Docteur MARTIN dans le quartier des Halles à Paris, les travaux de l'ORSPERE à Lyon, du réseau EMMANUELLI à Paris,

- Ici à Rouen, la pression des demandeurs avec leur cortège de problèmes mal réglés a provoqué des rencontres de professionnels, fait sauter des cloisonnements et induit des échanges ainsi qu'un travail en commun à beaucoup de niveaux : pour se loger, se vêtir, se nourrir, se soigner, se laver...
- Les tutelles sociales et sanitaires, directions hospitalières, Préfecture et Conseil Général, Assurance maladie ont manifesté aussi leur engagement et leur intérêt sur ces questions là.
- Pour la réussite d'un tel projet, il est préférable de travailler avec des acteurs disponibles, intéressés. Cela semble être le cas à Rouen où plusieurs équipes sont prêtes à s'investir sur un tel projet.

Ce que serait ce lieu

Car où aller la nuit quand « ça va pas » ? Qui est disponible pour accueillir, recevoir, aider ? Quels lieux sont encore ouverts ? A qui s'adresser ? Il y a bien sûr l'Hôpital, autrefois l'Hôtel-Dieu. Quoi d'autre ? D'où l'inévitable médicalisation de la souffrance et la juxtaposition d'urgences médico-chirurgicales graves avec tout le cortège de la misère existentielle humaine la nuit. Ouvert à tous ceux qui le souhaitent, sans distinction d'âge, sociale ou autre, ce projet pourrait bénéficier d'un financement pluripartite à l'intersection du social et du sanitaire (et pour celui-ci dans sa double composition médicale classique et médico psychologique, psychiatrique).

Ce lieu, installé en Centre Ville, serait d'abord social, avec des compétences soignantes, sans lit pour dormir, fonctionnant plutôt en amont des urgences hospitalières, la nuit, de 23h à 9h du matin par exemple. Le carrefour des solidarités ouvert de 9h à 17h fournit un support intéressant de réflexions qui pourraient être poursuivies.

Texte élaboré en Janvier 2002 par le Docteur GOUIFFES avec l'équipe du l'Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées : **Carrefour des Solidarités**

49, rue des Augustins

76000 ROUEN

Tél. : 02.35.98.00.71 Fax : 02.35.98.07.38

Chlerouvray.umap@wanadoo.fr

LES BALBUTIEMENTS D'UN RÉSEAU TRÈS FORMALISÉ SUR LES TROUBLES DU SOMMEIL

« Je suis psychiatre libéral, directeur d'un établissement privé à but lucratif. Je me donne pour rôle d'inscrire mes établissements dans l'offre de soins pour que leur spécificité entre dans un élargissement de l'offre. En 94-95, on avait déjà réfléchi à partir de l'expérience de réseau de Bondy. Nous avons toutes les caractéristiques et défauts des établissements privés, répondant à une demande, montrant que le secteur n'est pas totalitaire, mais qu'il y a des alternatives, qu'il ne peut y avoir une frontière.

Pour répondre à la volonté des gouvernements successifs de réduire l'offre, il fallait mettre nos moyens en commun. Je me suis trouvé très vite sollicité par des établissements (Corentin Celton et Pompidou) qui faisaient des simulations et avaient minimisé le flux de gens passant par les urgences et où il y avait un réel problème de prise en charge psychiatrique : ils avaient oublié les psychiatres et le temps des psychiatres pour les urgences. Il fallait répondre à des besoins par rapport aux adolescents (les établissements privés ne permettaient pas de répondre).

Nous avons été sollicités par les structures communales et intercommunales voisines qui se restructuraient : Garches, Sèvres, la clinique de la Porte Verte ont tous besoin de prise en charge psychiatrique. J'en avais parlé à D. Coudreau (directeur de l'ARH Idle de France) qui m'avait demandé de faire des projets. Nous en avions parlé à Marie-Christine Hardy-Baylé pour copier son système. Mais il faut être concret : c'est pour l'instant resté dans les tuyaux. Pour m'initier de manière plus concrète au fonctionnement des réseaux, je me suis lancé dans l'idée de faire un réseau expérimental : structure de type réseau où plusieurs structures coopèrent : protocoles coordonnés, mesure de l'efficacité et de l'utilité des mesures entreprises. Cela correspond à ce qui était dans les codes.

Je me suis rapidement aperçu que c'était une gageure : nous sommes passés devant la commission de l'URCAM et allons repasser dans deux mois pour bénéficier du FAQSV : cliniques, Antoine Béclère, Ambroise Paré, fondation Rothschild et médecins de ville, sur les troubles chroniques du sommeil. Nous avons conscience que cela pouvait bénéficier d'une prise en charge psychiatrique, multidisciplinaire, et avons constitué un vrai réseau de soins avec son système d'information, de formation et d'évaluation, qui se faisait selon les exigences de l'URCAM et de l'ARH, conduite en lien avec l'INSERM. Le réseau a démarré depuis décembre, ayant obtenu une partie de son financement.

Ce réseau très formel me semble aujourd'hui le passage obligé pour faire reconnaître un intérêt à la fois médical et médico-économique : c'est la porte étroite de l'innovation dans notre secteur. Tout le reste risque fort de rester quelque chose d'illusoire. L'impression que j'ai, ayant dans ma ligne de mire le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM, est que si on n'a pas la capacité à évaluer le bénéfice-risque pour le patient et le coût, on n'aura jamais pérennisation du budget. Ça a quand même un côté fédérateur : on a vu le conseil régional, les maires des communes s'y intéresser et nous prêter des cinémas pour les réunions, leurs listes... Nous avons aussi une convention avec l'AP/HP : cela les intéresse de pouvoir fonctionner avec des médecins de ville mieux formés. Notre système rejoint une demande latente. »

(Dr Philippe Cléry-Melin)

UNE ACTION EN RESEAU : LA SEMAINE DE SANTE MENTALE DE VENDEE

« Pour illustrer le travail en réseau, en dehors des actions plus ciblées qu'on mène en Vendée, la Semaine de la santé mentale est un temps important pour se caler par rapport à la société civile. Le type d'actions menées a été par exemple de dresser un chapiteau de 1500 places dans l'établissement psychiatrique pour le seul concert de Georges Moustaki, obligeant les gens à découvrir cette structure, d'autant que les enfants des trois services ont chanté avec Moustaki au début du concert. On a fait une conférence dans la plus grande salle de la mairie à l'occasion de la sortie d'un rapport. On a élaboré dans un rapport avec les familles un CD ROM fondé sur 2 ans de travail avec les usagers pour un langage commun.

Ont participé le conseil général, la mairie, le CDES, les lycéens et étudiants en IFSI sur un travail sur la prévention du suicide avec un atelier de théâtre, présentant des saynètes en alternance avec des vidéos. Ensuite, on a pu reprendre dans le cadre d'une charte de la prévention du suicide.

Travail toute l'année, et échange à un moment donné avec la société civile. La grande presse y est très associée. Sur le thème de l'autisme (associations très militantes mais qui ont pu disqualifier tout le travail fait dans le champ), a été organisé dans une clinique un accueil personnalisé et accéléré pour leur éviter de poireauter trois heures dans la salle d'attente. Nous avons pu travailler sans problème avec une association de Nantes.

On a travaillé sur la charte de l'usager en santé mentale dans les dernières Journées Yonnaises de la Santé. Grosse couverture médiatique. Y participent de très nombreuses institutions (comité vendéen d'éducation sanitaire, CCAS, Ouest France, association Chansons, association « le bout du tunnel »...). Investissement de nombreux lieux dans la ville, réalisation de cassettes vidéos. Bien sûr, le milieu artistique, culturel ne participe pas s'il n'est pas volontaire. Sur les professionnels de santé, il y a tous les institutionnels pour un travail en amont : il n'y sont pas à titre individuel. Il y a à peu près 600 000 habitants dans le département avec un hôpital psychiatrique et un hôpital général.

(Yvan Halimi)

ESSAYER DE RAPPROCHER UN FONCTIONNEMENT EN RESEAU SUR LE TERRAIN ET LA LOURDEUR DES PROCEDURES PREVUES POUR LES RESEAUX : LE RESEAU REPIES DANS LE VAL-D'OISE

« Le dossier du réseau REPIES a été déposé en mars 2001 devant le Comité régional des réseaux d'Île-de-France. Il va repasser en avril 2002. L'élaboration en a été progressive à partir du constat que l'articulation santé / médico-social en psychiatrie infanto-juvénile était particulièrement difficile dans l'Est du Val-d'Oise. La médiation entre les deux est le plus souvent réalisée par une commission départementale : un grand nombre de familles se retrouvent avec des enfants au domicile alors que des orientations vers le médico-social étaient souhaitées, par saturation des structures. Deuxième constat : si le médico-social ne fonctionne pas, le sanitaire est gelé dans sa file active, les listes d'attente s'aggravent, les structures sont de moins en moins adaptées, et on en arrive au blocage... Nous avons voulu réfléchir pas seulement en termes de manque de moyens ou d'inefficacité, mais pour essayer de comprendre. C'est une réalité complexe pour la majorité des usagers, qui finit par devenir quasiment virtuelle pour certains d'entre eux. Il y a un espace interstitiel entre sanitaire et médico-social alors qu'il est censé y avoir contiguïté.

D'où la conception du réseau, à l'intersection du sanitaire, du médico-social, du médico-éducatif de la CDES, du secteur libéral, organisme qui fédère des moyens en lien avec tout le monde pour assurer les transitions. Au sein

de la CAF, nous avons découvert qu'existe un groupe de soutien aux réseaux qui peut aider dans des contrats petite enfance... Il y en a aussi un à la CPAM. Nous les avons mis en relation. Le réseau assure une fonction de subsidiarité limitée dans le temps. Il doit soutenir les projets individuels qui traversent les institutions. Le réseau permet à la famille d'étayer sa continuité d'être, face à la discontinuité des institutions. Nous sommes sur ce dossier de réseau depuis 3 ans. Cela demande un temps et un investissement considérables. Quand on a présenté le dossier pour la 1^{ère} fois, c'était pour que l'aval nous permette la signature des conventions avec les organismes. On nous a demandé de signer d'abord les conventions. L'inspection des établissements de la DDASS du Val d'Oise a financé 5 établissements, mais nous sommes gelés tant que nous n'avons pas l'aval du Comité des Réseaux. »

(Dr Jacques Piant)

« Je compléterai avec les élus et les centres de loisirs : nous sollicitons le conseil général pour faire une réunion des élus du département pour les sensibiliser au plan Handiscol et à l'accueil des enfants handicapés dans les centres de loisirs. Mon intérêt plus particulier pour l'autisme m'a fait participer au groupe sur l'articulation entre médical et médico-social : problèmes de double prise en charge... Je suis complètement convaincue du besoin de la psychiatrie dans un certain nombre de cas, mais nous constatons des dysfonctionnements multiples demandant un gros travail de compréhension et de meilleure articulation. Dans les esprits, bien qu'on parle de consensus éducatif..., quand j'accompagne les familles, on voit bien qu'on nous dit que l'enfant relève du soin et non de l'éducatif. Pour un enfant qui sort à 12 ans d'une structure, la CDES refuse de faire une orientation parce que « l'enfant relève du soin ». Dans le département, nous avons 450 enfants à demandes non satisfaites, et plus de 140 à domicile. Ce sont particulièrement ceux à troubles du comportement ou à appartenance multiple (ASE, justice...). Je citerai le cas d'un enfant rentré à 8 ans dans sa famille pour troubles du comportement depuis 4 ans, dont un petit frère ayant présenté une tumeur cérébrale bénigne est refusé par l'école : le seul soutien accordé à la famille est 1/4 d'heure par mois de psychiatre. »

(Marie-France Epagneul - UDAPEI)

« L'hôpital est au cœur d'un bassin de vie de 300 000 habitants extrêmement homogène. Nous avons un environnement très particulier : très faible densité médicale, natalité la plus élevée, forte immigration, donc besoins pédopsychiatriques forts. Il n'est pas normal que des projets de réseaux rigoureux et sérieux doivent attendre si longtemps et ne pas bénéficier de financements pluriannuels, avec une meilleure définition des articulations entre URCAM et ARH. Je suis très attaché à la place de l' élu. Nous avons un problème d'articulation avec les villes, cadre régional (SROS), cadre départemental (médico-social), bassin sanitaire, bassin de vie qui correspond à l'est du Val d'Oise et est le plus pertinent. Il y a un contrat de ville, mais avec une autre définition. »

(Jean-Pierre Burnier, directeur du centre hospitalier de Gonesse)

LA CONCERTATION GÉRONTOLOGIQUE DU NORD PAS-DE-CALAIS

Les fondements :

- La loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales fait l'obligation aux départements de se doter d'un schéma départemental des établissements et services.
- La loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD) prévoit la mise en place d'une coordination gérontologique de proximité permettant à l'ensemble des partenaires locaux de définir avec la personne âgée la plan d'aide le plus adapté à sa situation.

Les moyens d'action :

1 – Le porteur de projet : ce peut être la mairie, la commune, l'association. Il est retenu comme organisateur local de la concertation après avis du Comité Technique d'Action Gérontologique. La concertation est mise en place en faisant appel à tous les partenaires sans exception : les services, les équipements, les associations, les structures publiques et privées qui œuvrent pour, avec, et autour de la personne âgée (on pourrait facilement remplacer la personne âgée par la personne ayant des troubles psychiques).

2 – Le chargé de mission : il est recruté par le porteur de projet.

Il est conventionné avec le département.

Le Conseil Général alloue au porteur de projet une somme de 300 000 F pour une année pleine à cet effet.

Le chargé de mission a le statut de contractuel d'administration. Son contrat dure un an, renouvelable une fois.

Sa mission :

- impulser la politique départementale sur son secteur d'activité,
- informer les partenaires : élus, professionnels, usagers, associations, etc,
- écouter et repérer les acteurs,
- mettre en place des médiations,
- organiser des réunions afin de permettre aux partenaires de discuter, d'échanger, et d'harmoniser leurs points de vues sur des thèmes qu'ils auront au préalable définis.

Les lieux des actions se déroulent sur l'ensemble du secteur. Les réunions locales se tiennent au lieu défini par le chargé de mission, en accord avec le comité de pilotage, les représentants des différents organismes, les partenaires.

Les objectifs visés :

- rassembler les partenaires afin qu'ils travaillent ensemble et qu'ils apprennent à fonctionner en réseau
- mettre la personne âgée au centre des préoccupations communes, c'est-à-dire :
 - définir les besoins réels des personnes âgées et retraités du secteur,
 - poser un diagnostic sur la situation des personnes âgées et sur les structures qui les accueillent, évaluer leur pertinence et leur efficacité,
 - mener des actions de suivi des actions et des réflexions,
 - relever les améliorations possibles et mettre en place des dispositifs en vue de pérenniser les actions positives.
- Il s'agit d'établir les conditions de la mise en place d'une coordination gérontologique (en santé mentale) ; l'idée fondamentale étant d'améliorer et d'assurer une meilleure qualité de vie à la personne âgée.

2-6 Les recommandations pour le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques en santé mentale

Conformément au principe adopté, les recommandations qui suivent ont pour souci de ne pas remettre en cause l'existant mais au contraire de lui permettre de se renforcer, ainsi que de fournir des pistes pour réussir le réseau. Ce qui veut dire utilité, efficacité et pérennité.

Quand le réseau sanitaire et social n'est pas pratiqué, il existe plus une politique de structure qu'une politique centrée sur l'utilisateur. La psychiatrie publique doit être garante d'une cohérence d'ensemble sans hégémonie sur le bassin de santé. C'est du moins cela qui doit se mettre en œuvre. La santé mentale citoyenne, c'est en tout cas lutter contre la stigmatisation, s'introduire dans ceux des 58 dispositifs territoriaux pertinents à un moment donné pour la zone²⁸, et devenir un lieu prototype, lieu de concertation qui réintroduit la prévention au centre du dispositif. Cette santé mentale-là doit favoriser le travail entre professionnels et citoyens.

La proposition est de décliner **trois niveaux de décloisonnement** : un niveau régional et départemental (1), un niveau territorial (2), par bassin de santé ou territoire pertinent qui ne recoupe pas toujours le découpage départemental et un niveau de proximité (3), qui se joue plus au niveau communal ou intercommunal.

La question reste entière à ce stade de la réflexion de la **définition du territoire pertinent au niveau 2**. Pertinent pour qui et pour quoi ? Découpages des secteurs psychiatriques, découpage politique entre l'État et les collectivités territoriales, découpages administratifs par champs d'intervention... La définition des territoires pertinents et le croisement des différentes planifications doivent mettre en cohérence les découpages des secteurs psychiatriques et des autres champs, sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires.

Ce territoire devra évidemment aussi prendre en considération les différences urbain / rural. De fait, il se peut qu'en certains points du territoire national, le bassin de santé soit très étendu là où, dans les grandes villes, il sera plus réduit.

Il existe par ailleurs des instances de concertation et de coordination départementale, dans les domaines de la protection de l'enfance, de l'aide aux personnes handicapées, des soins aux personnes âgées et de la lutte contre les exclusions qui, bien que n'ayant pas pour objet la seule santé mentale, y touchent de près.

2-6-1 Le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques au niveau régional et départemental – niveau 1

La rénovation de la politique de santé mentale suppose une meilleure adéquation des ressources disponibles aux besoins des personnes malades. Actuellement les ressources sanitaires sont planifiées et organisées sans grand lien avec la planification et l'organisation des ressources médico-sociales ou sociales et réciproquement, ce qui d'une part, dans un certain nombre de cas, peut faire obstacle à la continuité des prises en charge et d'autre part, contribue au maintien ou au développement de prises en charge « indues » ou inadéquates.

Les décideurs institutionnels, représentants de l'État ou élus, sont de plus en plus souvent interpellés sur les failles de ce dispositif qui peuvent mettre en échec leurs orientations politiques respectives. Ils s'accordent d'ailleurs à reconnaître l'importance de ces problèmes et lorsqu'ils les analysent en commun, trouvent généralement moyen d'y remédier et de favoriser les rapprochements institutionnels qui s'imposent, et par là même faciliter le travail en partenariat, voire en réseau, des professionnels. En effet, une plus grande implication des soignants spécialisés

²⁸ Au dire de M. Romeo lors de son audition le 14 mars, qui les a listés.

dans les structures médico-sociales ou sociales est généralement de nature à favoriser l'accueil de patients atteints gravement et durablement dans ces structures alors que momentanément ils relèvent bien de cette prise en charge sociale. La contrepartie directe réside pour le réseau dans le fait qu'il peut recentrer son activité sur les personnes nécessitant une prise en charge strictement médicale et réajuster ainsi sa file active à ses compétences propres.

L'axe 4 du plan gouvernemental pour la santé mentale développe le partenariat entre acteurs de la santé mentale : l'articulation interministérielle Santé/Éducation nationale, l'articulation interministérielle Santé/Justice aussi, l'articulation des décideurs institutionnels locaux.

Des contrats pluriannuels de santé mentale seront consacrés par la loi et passés de manière obligatoire entre les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, les préfets et les élus locaux. Chaque objectif figurant dans ces contrats devra être décliné au niveau pertinent pour sa mise en œuvre (circonscriptions administratives, secteurs sanitaires, bassin de vie...). Ces contrats devront tenir compte des priorités du schéma régional d'organisation sanitaire, des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux, des programmes régionaux de santé, des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et des projets territoriaux sociaux (dans le cadre du R.M.I., de la P.M.I...) ou de l'Éducation nationale et de l'administration pénitentiaire, mais aussi du logement social (DDE), de la culture (DRAC) et de l'emploi (DRTEFP). Il apparaît donc logique que le conseil régional de santé, nouvellement institué par le législateur, soit l'instance de concertation préalable à l'établissement du contrat pluriannuel de santé mentale.

Par ailleurs, une modification législative doit être réalisée préalablement pour :

- Renover la planification sanitaire (cf. axe 7-2 du plan gouvernemental) en intégrant le schéma régional de psychiatrie dans le schéma régional d'organisation sanitaire (avec un volet obligatoire sur la santé mentale) et en supprimant les schémas et conseils départementaux de santé mentale.
- Rendre obligatoire l'intégration de la santé mentale dans les différents schémas de planification (sanitaire, social et médico-social) qui devront mentionner les articulations et les partenariats nécessaires.

Dans ce contexte, les recommandations sont les suivantes :

1. Les **contrats pluriannuels de santé mentale** devront :

- être signés après consultation des **Conseils régionaux de Santé** (un par bassin de santé) et appliqués au niveau de ces bassins. Ils donneront un cadre au développement des partenariats. Les commissions régionales tiendront elles-mêmes compte des avis émis par les conseils communaux ou intercommunaux qui traitent de santé mentale (cf. plus loin). Les contractants seront le directeur de l'ARH, les présidents des conseils généraux, les préfets de départements et de région, les représentants des organismes de sécurité sociale et les maires des grandes villes intéressés.
- articuler les politiques sanitaire, sociale et médico-sociale au niveau de chaque région et département et définir les actions communes et croisées et leur financement entre l'État et les élus locaux, ceci en cohérence avec les conventions prévues par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- établir un volet d'actions concrètes et en commun, en particulier les actions de prévention et de décroisement inter-champs, d'accès aux soins et aux structures médico-sociales voire sociales pour les populations handicapées psychiques et précarisées, **l'intervention de la psychiatrie dans les institutions médico-sociales et sociales**, la mise en réseau et en concordance des actions et des plans spécifiques (handicapés, autistes, personnes âgées, précarité...) et les formations croisées des personnels. Les lieux d'accueil multiservices développés par les conseils généraux, parfois dénommés « plates formes », sont également

des espaces de collaboration entre personnels relevant du département et de l'État, surtout en milieu urbain. De plus, les « lieux de vie » financés par les départements pour accueillir les jeunes en difficulté ont été récemment légalisés et habilités et peuvent servir de base pour une collaboration plus étroite. A terme, dans le prolongement de l'actuelle mise en place de l'allocation personnalisée autonomie (APA), on pourrait imaginer des financements « à la personne » permettant au bénéficiaire de circuler plus facilement entre les différentes structures en fonction de son état et de ses besoins.

- Etre élaborés en intersectorialité : santé, social, médicosocial, éducation, justice, culture, logement, emploi, politique de la ville.
2. **Préciser une politique commune à conduire pour les personnes handicapées psychiques**, dans le cadre de la **convention obligatoire** conclue entre le préfet et le président du Conseil général, en application de la loi du 2 janvier 2002²⁹.
 3. **Ouvrir les Commissions techniques régionales de suivi des SROS, aux représentants usagers et aux élus locaux**; les autres institutions seront convoquées pour des aspects particuliers du suivi (éducation nationale, emploi, culture, équipement).
 4. **Mettre en place un comité d'élaboration et de suivi du contrat** en laissant aux contractants le soin de trouver le bon niveau territorial et d'utiliser les commissions existantes.
 5. **Un suivi annuel serait mis en place pour garantir l'effectivité des engagements.**

2-6-2 Le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques au niveau du territoire pertinent ou du bassin de santé – niveau 2

Les propositions qui suivent ne sont que des exemples parmi d'autres de manières d'organiser la concertation entre le niveau régional et le niveau local. D'autres formes peuvent être imaginées et mises en œuvre. Compte tenu de la nécessaire articulation des acteurs sanitaires et sociaux pour mener à bien les prises en charge de santé mentale, qu'elles relèvent de la prévention, du soin ou de la réinsertion, il est utile d'associer étroitement les différents intervenants dans ce domaine (Éducation nationale, PMI, PJJ, CCAS, SSD, professionnels sanitaires et médico-sociaux ou sociaux...) ainsi que les représentants des usagers.

Ces lieux sont en effet conçus pour favoriser, dans le cadre des orientations politiques générales définies au plan national (priorités de santé publique), à l'échelon régional (priorités régionales de santé publique et organisation des soins) et départemental (organisation médico-sociale et sociale) la construction d'une politique cohérente de santé mentale, sur un territoire d'une dimension à peu près équivalente à la taille d'un secteur sanitaire, ce que constituent généralement les bassins de santé ou un bassin de vie.

La concertation de l'ensemble des partenaires sur ces thèmes, notamment avec les élus, est essentielle afin de pouvoir développer des projets de psychiatrie intégrée dans la communauté. Cela suppose l'identification d'un lieu d'échanges permettant de favoriser la connaissance mutuelle des différents acteurs, d'appréhender les compétences et les possibilités d'intervention de chacun et de mutualiser celles-ci au service de la construction d'une politique coordonnée de santé mentale.

Ces lieux sont conçus, dans le cadre du plan gouvernemental de santé mentale, comme un lieu d'établissement du partenariat entre les professionnels des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en présence des représentants institutionnels de chacun de ces champs au niveau du territoire sanitaire. Ils seront composés des acteurs sanitaires et sociaux, des usagers, d'un représentant des élus locaux. Chaque fois que nécessaire, les autres partenaires y seront invités. Ils

²⁹ Cf. l'article L312-6 introduit dans le code de l'action sociale et des familles par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

réuniront ces différents acteurs afin notamment de réaliser un état des lieux des ressources existantes, des difficultés rencontrées sur le territoire de son ressort et de définir en conséquence les modalités du partenariat au regard des objectifs cadre proposés par les responsables institutionnels.

Ces lieux de concertation proposeront des projets concrets incluant l'amont (la prévention) et l'aval (la réinsertion) de la prise en charge psychiatrique, pour préparer la conclusion de contrats pluriannuels de santé mentale conclus entre le préfet, l'ARH, le représentant du ministre de l'Éducation nationale ou de la justice et les élus locaux concernés, engageant financièrement chacune des parties et pour les appliquer. Ils devraient ainsi permettre d'une part, d'engager une dynamique institutionnelle et professionnelle nouvelle pour les zones dans lesquelles elle peut s'avérer déficiente et d'autre part, de pérenniser et d'officialiser des partenariats reposant le plus souvent sur l'engagement individuel des professionnels et de fait soumis à de nombreux aléas.

La présence des représentants des usagers dans ces instances semble donc en faire un lieu particulièrement pertinent de prise en compte de la parole et des attentes des usagers. Des dispositions législatives doivent traduire l'ensemble de ces dispositions afin de développer une approche commune sur tout le territoire. Ces dispositions abrogeront celles relatives au conseil départemental de santé mentale, en lien avec la simplification des procédures de planification sanitaire qui ne conservent que le niveau régional comme niveau pertinent d'organisation des soins.

2-6-2.1 Premier exemple : la commission de santé mentale de la conférence sanitaire de secteur

- **Il est proposé de créer une commission relative à la santé mentale, s'intégrant dans les conférences sanitaires de secteur (secteur sanitaire).**

On peut en effet penser utilement que cette commission serait une composante de la conférence sanitaire de secteur (secteur sanitaire) existant déjà, ouverte aux usagers et aux partenaires des champs social et médico-social de la zone sanitaire concernée.

L'opérationnalité de la commission réside dans son approche territoriale correspondant à un bassin de vie, c'est à dire l'espace dans lequel se déplacent les habitants d'une zone. Cette approche géographique de la santé constitue une démarche fondée sur les besoins de la population. Elle a pour objet d'aider à formuler des stratégies, de hiérarchiser les priorités et d'aménager l'offre en activant les réseaux d'acteurs de santé mentale. Il s'agit de permettre la conception de réels programmes de santé publique, au-delà des seuls aspects sanitaires. On voit bien alors l'intérêt qui s'attache à ce que ce territoire couvre une zone géographique suffisamment large, l'objectif étant d'identifier un territoire commun aux interventions sanitaires et sociales afin de favoriser l'investissement des élus locaux sur la zone concernée et de leur permettre de l'afficher comme tel vis-à-vis des électeurs.

- **Elle proposera une articulation de l'offre de soins et incitera à l'organisation supra-sectorielle de la psychiatrie : quelques thèmes peuvent être énumérés.**
 - Mettre en œuvre les contrats locaux de santé mentale avec l'école, le monde du travail, les loisirs, la culture, les organismes de logement, la police, la justice et les établissements pénitentiaires, quand ils existent.
 - Donner son avis à propos des urgences au niveau de l'hôpital général et les centres de 72 heures et la liaison avec les urgences sociales.

- Intervenir dans la lutte contre la grande précarité : mettre en relation des systèmes d'aide, de soin et de logement.
 - impulser des actions de collaboration et favoriser la mise en œuvre de conventions ou de contrats entre les équipes de secteur psychiatrique et les institutions sociales et médico-sociales pour des prestations conjuguées et coordonnées de soin et d'aide pour les personnes handicapées du fait de troubles psychiques.
 - Impulser au niveau du territoire pertinent une cohérence pour l'ensemble des institutions privées, publiques, semi-privées faisant fonction de public de la zone.
 - Favoriser les regroupements, les concordances d'actions tant dans l'offre de soins que des services.
 - L'analyse de la qualité, l'évaluation et les recherches épidémiologiques cliniques pourraient être mises en œuvre à ce niveau en relation avec le niveau régional et le niveau national.
- **Elle pourra susciter la création de tout réseau local pertinent, permettant le décloisonnement :**
 - Formations croisées des professionnels sanitaires et sociaux
 - Information
 - Consultations conjointes
 - Prise en charge de la précarité (ex : Réseau Diogène à Lille, Réseau Psychiatrie et Précarité de Paris [Dr Jacques Simonnet])
 - Ecole – Psychiatrie – Médico-social (Réseau REPIES – Yvelines)
 - **Elle pourrait être soutenue par un ingénieur réseaux.** Au niveau du bassin sanitaire un coordonnateur de réseaux de santé mentale pourra être nommé et financé par l'ARH. Sa mission sera de mettre en œuvre la coopération entre les différents champs et la création des réseaux spécifiques (ex : modèle gérontologique) et le suivi des actions de sensibilisation et de prévention, la coordonnateur pourrait être un personnel de l'ARH ou des DDASS. Là aussi, la mission serait transitoire.

2-6-2.2 Deuxième exemple : le volet « santé mentale » des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

La construction des PRAPS de 2^{ème} génération³⁰ s'inscrit dans le dispositif de lutte contre les exclusions issu de la loi du 29 juillet 1998. La dimension santé doit être mise en relation au plan local avec toutes les dimensions de l'exclusion, notamment l'emploi et le logement. Lors de l'élaboration du programme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale présenté en juillet 2001, le gouvernement a défini quatre priorités d'action dans le domaine de la santé : la santé mentale et la souffrance psychique, l'éducation pour la santé, la politique de la ville et le développement des Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS).

Les PRAPS contribuent à la lutte contre l'exclusion en améliorant la connaissance et la compréhension des causes des inégalités de santé et de leur évolution et en soutenant des actions qui provoquent une évolution du système sanitaire et social dans le sens d'une meilleure prise en compte des problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

³⁰ Circulaire DGS/SD6D n°2002/ 100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)

Conduisant à une réflexion sur les déterminants de la santé, les PRAPS peuvent apporter un éclairage sur l'impact sur la santé des autres politiques sectorielles de l'Etat.

Cette orientation est à développer tout particulièrement pour le PRAPS II sous l'angle d'un ancrage territorial. Ces programmes doivent permettre de dégager des propositions quant aux articulations à trouver au sein d'un système de santé qui ne peut être réduit au seul système de soins, afin de mieux répondre aux besoins des publics visés par ces programmes.

Ces préoccupations qui se sont déjà exprimées dans les PRAPS de 1^{ère} génération, rejoignent complètement celles de ce rapport et l'expérience acquise va pouvoir progressivement s'appuyer sur des outils d'évaluation notamment, qui jusqu'à présent faisaient défaut.

2-6-2.3 Troisième exemple : le volet santé mentale des différentes instances de concertation et de coordination sociales et médico-sociales.

Pour les diverses instances, généralement départementales, qui sont à l'œuvre dans le champ de l'action sociale, qu'il s'agisse de lutte contre les exclusions, de protection de l'enfance ou de politique en direction des personnes âgées, la nécessité de prendre en compte les problématiques de santé mentale paraît aujourd'hui habituellement reconnue. Les conseils, comités et commissions concernés offrent autant de lieux où des partenariats peuvent se construire dans des logiques qui s'entrecroisent et concernent des organisations d'usagers variées ainsi qu'un large éventail de professionnels.

Il faut souligner l'opportunité de mieux intégrer désormais les problématiques **de handicap résultant de troubles psychiques** dans la politique en direction des personnes handicapées mise en œuvre au plan local, avec la participation des usagers concernés dans les **conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées** créés par la loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2002 .

2-6-3 Le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques, au niveau communal ou intercommunal – niveau 3

L'élu, au contact des personnes, se préoccupe bien peu des clivages des professionnels, dit : « Ces gens souffrent, comment se fait-il qu'on ne réponde pas plus vite ? » et se demande ce qu'il peut faire. La place de l'élu de proximité qui garde sa capacité d'indignation, qui arrive à mobiliser, à dépasser les clivages, est absolument fondamentale. La question du soin reste centrale et il faut passer par là pour aborder l'aide, ensuite.

La mise en œuvre de la politique de santé mentale et des contrats précités affectent des échelons territoriaux beaucoup plus fins, tels que le secteur de psychiatrie, la commune ou l'intercommunalité qui représentent autant d'acteurs très directement impliqués dans ces questions. Les représentants des usagers sont eux-mêmes très sensibles à la résolution de leurs problèmes à ce niveau local.

Le centrage sur la seule question du soin paraît désormais en décalage avec les orientations du plan gouvernemental de santé mentale qui incitent fortement à la construction de réponses coordonnées. En outre, les élus locaux se saisissent de plus en plus souvent des problématiques de santé mentale qui affectent la vie de leurs concitoyens, favorisant ainsi un débat citoyen qui fait particulièrement défaut. Cette dynamique est précieuse car elle pose la santé mentale dans toutes ses dimensions et non dans la seule dimension du soin.

Il appartiendra aux élus de créer leurs lieux de concertation comme le font d'ores et déjà un certain nombre d'entre eux de leur propre initiative ou sous la pression des associations représentatives des usagers.

La loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité offre d'ailleurs un cadre de concertation accru par la création obligatoire de conseils de quartier dans les collectivités locales de plus de 80 000 habitants. Ces conseils, compétents pour traiter toutes questions concernant le quartier ou la ville, notamment les questions de santé le plus souvent évoquées à l'occasion de la politique de la ville, pourront également être créés dans les communes comportant au moins 20 000 habitants. Il nous semble en conséquence peu opportun de réduire le cadre de la concertation locale à la seule question de la santé mentale, celle-ci étant le plus souvent intriquée à des problématiques sociales qui ne manquent pas d'être évoquées par les collectivités locales.

S'il est très important de continuer à développer les approches thérapeutiques intersectorielles nécessitées par tous les usagers qui répondent mal aux obligations de la logique de secteur psychiatrique (toxicomanes, exclus, etc.), il est aussi primordial de **développer l'articulation dans un réseau de santé de proximité, des intervenants sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs et politiques**. Sur le fond, il nous semble important que le secteur psychiatrique, d'une part structure et assure les soins spécialisés à part entière, d'autre part s'inscrive dans des réseaux sanitaires et sociaux pour partager les missions de prévention, de réinsertion, etc. Mais secteur et réseau doivent être perçus comme des identités distinctes.

Il faut penser le secteur comme pôle de soins spécialisés intégré dans un réseau de santé ouvert, horizontal, non hiérarchisé, coordonné, et donc non maîtrisé par l'un quelconque de ses membres

Néanmoins, un réseau doit être suffisamment formalisé, mais pas trop, sinon c'est une super technostructure supplémentaire. Il est non hiérarchisé, le modèle du médecin-chef détenteur d'une responsabilité d'organisation autant que d'une autorité sur ses membres est en totale contradiction avec le principe même du réseau. On parlera plus de coordinateur que de directeur ou de chef.

Il s'agira là de promouvoir le développement des ateliers santé-ville comportant un volet de santé mentale, conseils de santé de proximité permettant la gestion du réseau de proximité (par secteur ou par ville, ou groupe de communes dans le cadre de la politique de la ville). Dans ceux-ci, un atelier santé mentale va intégrer à l'initiative des élus locaux l'équipe de secteur, les usagers, les familles, le ou les offices d'H.L.M. locaux, les circonscriptions de service social, les associations de tuteurs et de curateurs, le conseil général. Il doit être laissé à l'initiative locale mais être doté d'un outil juridique en cas de création et d'un cahier des charges précis. **Le maire ou son délégué doit en être président**, les équipes de secteurs sont tenues d'y être représentées, ainsi que les usagers et le Conseil général, les médecins généralistes, les professionnels de santé

L' élu local veut des réponses concrètes et rapides pour ses concitoyens et se moque des clivages institutionnels. La logique veut que, là où existe un volet santé du contrat de ville, et plus encore lorsque, dans ce cadre il est prévu de déployer un atelier santé ville, le Conseil de santé mentale de proximité y trouve naturellement sa place.

Des réseaux de proximité peuvent être créés. Des conventions spécifiques seront élaborées à ce niveau entre les différentes structures et transmises aux conseils sanitaires locaux.

Ces ateliers de santé mentale de proximité pourront permettre l'accès aux logements, au travail, aux loisirs pour la population, son action en terme d'insertion et de soins sera primordiale. Son avis sera utile ainsi que celui des conseils de services pour toute implantation ou toute mise en place de structures sur le secteur. L'ensemble des actions de prévention qui ne sont pas uniquement

sanitaires seront programmées à ce niveau localement (cf. les exemples développés plus haut du CICA à Paris 20^{ème}, de Tourcoing, Lille-Hellemmes, Givors, Rillieux-La-Pape, etc.).

Le rôle fondamental des élus

Les élus doivent avoir leur place le plus en amont possible dans la définition de la politique de santé mentale, mais ils ne resteront et ne s'investiront que si leur sont données des responsabilités claires. C'est notamment dans le domaine du social que leur rôle peut être le plus fructueux. La motivation des élus est essentielle car ils sont au-delà des clivages des professionnels et cherchent des réponses coordonnées pour les populations en souffrance.

L'élu est le garant de l'égalité de tous les citoyens sur le territoire dont il est le responsable, égalité devant l'accès aux droits, au travail, aux soins, au bien-être si possible. Parce que responsable de ce bien-être de tous, il est placé au centre de toutes les informations qui remontent à lui de toutes parts (permanences, service social, services municipaux, quartiers...), de toutes les demandes de la population, et en même temps au centre de tous les dispositifs publics permettant d'y répondre.

Cette triple légitimité de connaissance du terrain, de proximité et de mission lui fait obligation de mobiliser tous ses outils : santé, action sociale, insertion, formation, logement, écoles, action culturelle, etc. mais, même si tous ces secteurs ne font pas partie des strictes compétences de la commune, pour coproduire du mieux-être pour tous.

L'implication des élus rend visible la solidarité et donne sens aux actions menées par la collectivité

En ce qui concerne les conseils généraux, ils ont une responsabilité dans l'aide aux personnes handicapées, qu'ils devront exercer à l'égard des personnes handicapées du fait de troubles psychiques, par la mise en œuvre de formules d'accueil et d'accompagnement adéquates, en veillant à l'accès aux soins des personnes concernées, fondant également le partenariat autour de ces personnes

2-7 Quelques propositions concrètes de décloisonnement des pratiques et de partenariat :

- **Au niveau du secteur** de psychiatrie : former des personnels bac + 5 pour pouvoir développer des actions innovantes : agents de développement sanitaires et sociaux, agents de développement culturel et artistique, agent de développement d'interface, associations d'usagers et qualité des soins ; un coordinateur de réseau de santé mentale pourrait être nommé.
- **Au niveau du bassin sanitaire** : les actions de décloisonnement pourraient être soutenues par un ingénieur réseaux. Un coordonnateur réseaux de santé mentale pourra être nommé et financé conjointement par les partenaires dans le cadre des contrats pluriannuels. Sa mission sera de mettre en œuvre la coopération entre les différents champs et la création des réseaux spécifiques (par exemple sur le modèle de la coordination gérontologique) et le suivi des actions de sensibilisation et de prévention. Là aussi, la mission serait transitoire.
- Proposer à la Sécurité sociale une double prise en charge sanitaire : consultation de médecin spécialiste et prescription de médecin généraliste, comme cela est déjà souvent le cas en libéral. La notion de médecin référent semble ici essentielle. Ceci remet le généraliste en première ligne. **Déjà, si les médecins spécialistes référent systématiquement au médecin généraliste qui, lui, prescrit médicaments et thérapie sur avis, le réseau sanitaire autour du patient se met en place immédiatement.** Le dossier patient informatisé, commun à l'ensemble des thérapeutes, va dans ce sens. On peut aussi penser à la participation des pharmaciens et infirmiers libéraux pour la délivrance des médicaments au jour le jour (sous réserve de la création d'un acte spécifiquement valorisé). Ces réseaux sanitaires doivent aussi

permettre le paiement des actes effectués par des psychologues installés en privé dans la zone. **Le réseau doit être réactif** et doit se donner les moyens de l'être. L'utilisateur doit recevoir une réponse immédiate, même si sa prise en charge nécessite ensuite des délais.

- **Avec les circonscriptions de service social**, introduire les assistantes sociales de circonscriptions dans les permanences dans les structures de secteur et des infirmiers et psychiatres dans les circonscriptions.
- Encourager la mise à disposition du personnel de secteur dans les structures de remise à l'emploi et de logement, et réciproquement. Ceci permettrait de favoriser l'intégration locale des handicapés psychiques dans le monde du travail. Même chose avec la culture et le logement. Il s'agit de travailler dans les mêmes lieux que les autres et avec les autres. Ceci est déjà possible par la loi de 1986 sur la sectorisation psychiatrique qui permet de détacher du personnel là où sont les patients. Il n'y a pas d'insertion sans soins, mais ceux-ci nécessitent des conventions claires pour ne pas mélanger les genres.
- Faire gérer les associations de santé mentale par les élus locaux et les usagers eux-mêmes, en lien avec l'équipe de secteur. Ne plus créer des associations pseudopodes de l'hôpital, mais utiliser cet outil dans le sens de l'ouverture à la cité.
- Encourager l'aide à la personne plus qu'à la structure. L'APA en est un exemple évident. Définir les besoins sanitaires et sociaux pour permettre d'insérer chez elle la personne handicapée psychique. Définir tant que faire se peut la part sanitaire et la part sociale et adapter les financements. Désigner un référent sanitaire et social pour la personne qui sera le garant de l'organisation du réseau autour et pour la personne concernée. Prévoir des partenariats entre dispositifs de maintien à domicile et secteur de psychiatrie pour le maintien en ville des personnes souffrant de troubles mentaux. Envisager des familles d'accueil sanitaire et social
- Passer des contrats individuels sanitaires et sociaux avec l'utilisateur-patient, tenant compte de ses nécessités d'insertion et de soins.
- Encourager la création de lieux de vie sanitaires et sociaux permettant la mixité des clientèles pour ne pas reproduire des filières type par pathologie ou handicap. La citoyenneté s'accommode très mal de ces nivellements.
- Créer des réseaux pouvant inclure des structures, qui permettent les prises en charge croisées santé-justice-éducation
- Créer des lieux multiservices santé et sociaux avec les collectivités territoriales.
- Conventionner obligatoirement les secteurs de psychiatrie avec les structures sociales et médico-sociales de leur zone (CHRS, maisons de retraites, structures de retour à l'emploi, d'aide à l'enfance, d'éducation et de justice...)
- Participer aux dispositifs locaux d'insertion : RMI, CLI, CLIC, etc.

Il a été souligné en liminaire que la démarche adoptée ici était avant tout pragmatique. Ce même souci de pragmatisme conduit en conclusion à recommander une mise en œuvre simultanée des diverses recommandations faites ci-dessus.

Les recommandations énoncées ne seront suivies que si les acteurs s'appuient sur les expériences antérieures pour trouver des idées, et éviter les erreurs. Il serait souhaitable que soient mis en place, éventuellement par les soins du ministère, des outils permettant à chacun de valoriser son expérience :

- Le Réseau international des expériences pilotes en santé mentale communautaire géré par le Centre Collaborateur français pour la recherche et l'information en santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé, pourrait en partie jouer ce rôle dans un premier temps, en faisant l'inventaire de ces expériences et en les faisant connaître.
- Un site Internet pourrait relayer efficacement les expériences et permettre à tous d'échanger idées et conseils en temps réel.
- Une phase d'expérimentation sur deux ou trois régions pilotes (urbaines et rurales), pourrait faciliter le test du modèle et sa généralisation (en même temps que le plan santé mentale)

CONCLUSION

La circulaire sur le secteur de psychiatrie en 1960 marquait l'avènement d'un nouveau monde de soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Il était décidé qu'une même équipe allait soigner dans et hors les murs de l'hôpital, marquant ainsi la continuité des soins à travers les actions de prévention et de post-cure. Ces mêmes préventions et post-cures étaient laissées à la gestion des départements, le soin à la sécurité sociale et aux hôpitaux.

Pour des raisons de rationalité, en 1986, la loi introduisait la sectorisation psychiatrique comme l'organisation type des soins en France, avec un budget unique payé par la sécurité sociale. Ce budget global devait permettre au secteur d'aller à sa fin : passage de l'hôpital à la cité.

Seize ans après, le bilan reste en demi-teinte. Cela a bien été décrit par les rapports de la Cour des comptes, le rapport Piel et Roelandt et le rapport Joly. Mais depuis l'année 2000, la volonté politique amène un nouvel élan pour la psychiatrie, qui s'est concrétisé après les rapports suscités par le plan gouvernemental de santé mentale « L'usager au centre d'un dispositif à rénover ». La mission qui m'a été confiée me demandait de préciser quelle allait être la place de l'usager en santé mentale dans le cadre de la démocratie sanitaire, et la place des réseaux dans le champ de la santé mentale. Les conclusions de cette mission mettent résolument l'usager au cœur du dispositif pour le faire participer à toutes les instances : conseil de service, CME, CTE, Conseil d'Administration des hôpitaux. Mais aussi toutes les instances qui devraient naître de l'introduction de la santé mentale au sein de la santé en général : commission santé mentale des conseils régionaux de santé, des conseils sanitaires, des ateliers santé communaux et intercommunaux. Car plus que les usagers, c'est l'implication des élus locaux dans la question de la santé mentale, par le biais de la santé en général et du handicap qui sera prépondérante pour les années à venir. Notons bien que la mission Charzat a rempli son rôle pour la définition du handicap psychique et que le travail en commun a été favorisé entre les deux missions. Car aujourd'hui la démocratie sanitaire entre de plain pied dans le champ de la santé mentale et dans les services de psychiatrie, par le biais de lois généralistes : loi du 4 mars 2002, comme le droit au logement et l'allocation adulte handicapé par la loi des handicapés avait modifié considérablement le devenir des personnes souffrant de troubles psychiques, leur donnant des ressources et un logement au nom du droit commun.

Toutes les recommandations inscrites dans ce rapport émanent de cette philosophie. Les droits des usagers sont à affirmer sans cesse. La démocratie sanitaire est en marche, et décroiser la psychiatrie, c'est favoriser l'individu sur les structures

Le réseau est l'outil le plus abouti du décroissement, mais il n'est pas le seul.

- En intégrant la psychiatrie dans les dispositifs généraux, concernant la santé et la cité, on affirmera sa spécificité au niveau du territoire, et on évitera son enfermement. Au niveau du même territoire, ce sont les élus locaux qui donneront sens et cohésion à l'action de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale, associés aux usagers, utilisateurs de service, « patient, familles, amis, tous unis », car il n'y aura évolution du système que si la santé mentale devient un enjeu politique au niveau local, non plus pour exclure, mais pour soigner et

inclure (« Non à l'exclusion, Oui aux soins », thème de l'année mondiale de la santé mentale O.M.S. Genève 2001).

Les recommandations de cette mission alimenteront, nous l'espérons, la loi cadre qui devra être débattue au parlement en 2003. En espérant que les élus de la nation s'emparent de cette nécessité de soins et d'arrêt d'exclusion, et en fassent une priorité, étant garants des réponses à apporter aux usagers, quels qu'ils soient.

REMERCIEMENTS

Cette mission a mis en actes la démocratie sanitaire en son sein :

- En faisant participer les usagers/patients et familles tout au long de ses réunions,
- En mettant en place un travail de partenariat entre différentes directions du ministère, l'ingénieur réseau précaire étant le chargé de mission,
- En décloisonnant les acteurs des champs sanitaire et social,

Les élus locaux ont été les moteurs et les inspireurs de ce travail.

Mes remerciements

- à toutes les personnes auditionnées pour la qualité de leurs expériences,
- à tous ceux qui ont participé au groupe de travail et plus particulièrement : M. Barrès, E. Bonnafous, J. Canneva, N. Cuvillier, C. Finkelstein, A-N. Machu, M-L. Lafargue,

Une attention particulière à J.E. Caire et à P. Larcher pour leur aide à la mise en forme du rapport,

- à C. Alezrah, D. Boissinot-Torres, A. Caria, M. Eynaud, et M.C. Hardy-Bayle pour leur relecture attentive,
- aux maires et aux élus locaux des communes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin qui ont soutenu la psychiatrie citoyenne de la banlieue Est de Lille depuis 1977, et plus particulièrement R. Bailleul, L. Baron, M-J. Biencourt, F. Dal, M. Deboudt, B. Derosier, C. Ducamps, J. Houdart, C. Pourcel, P. Redoute, E. Regnier, G. Taghon, Y. Thierry,
- à L. El Ghozi, maire adjoint à Nanterre,
- à S. Sueur pour son sourire, sa patience et son efficacité, ainsi qu'à N. Clairice et S. Rollot,
- enfin à Annie, Claude, Olivier, Eric et les autres pour leur accueil et leur bonne humeur pendant ces deux ans passés ensemble.

ANNEXE 1

Ont participé au groupe de travail qui a appuyé la réflexion du Dr Roelandt

Pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins :

- Jean-Étienne Caire (directeur de projet santé mentale à la DHOS),
- Huguette Mauss (DHOS/O),
- Sophie Bentegeat (conseiller réseaux DHOS/O),
- Laure-Eliane Makangou (DHOS/O),
- Evelyne Bonnafous (DHOS/O2),
- Marie-Laure Lafargue (DHOS/O2),
- Elisabeth Rousseau (DHOS/O2),
- Nathalie Viard (DHOS/O2),
- Anne-Lise Fondary (DHOS/O3),
- Anne Lemoine-Pape (ARH de Bretagne),

Pour la Direction Générale de la Santé :

- Sylvia Guyot (DGS/SD6C),
- Ardjounane Kengadarane (DGS/SD6C)
- Anne-Noëlle Machu (DGS/SD6C),
- Laurent Dubois Mazeyrie (DGS/SD1B),
- Nathalie Cuvillier (DGS/SD6C)

Pour la Direction Générale de l'Action Sociale :

- Martine Barrès (DGAS/3),
- Pierre Larcher (DGAS/2B)

Pour la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale :

- Catherine Martin Leray (MNASM),

Pour les associations représentant les malades ou leurs familles :

- Jean Canneva (UNAFAM),
- Claude Finkelstein (FNAP-Psy),

ANNEXE 2

Présentation des personnes auditionnées

Le 18 janvier 2002

- Patrick Mordelet (Directeur du Centre hospitalier spécialisé de Maison Blanche),
- Marie-Claude Serres Combourieu (Association des Maires de France)

Le 22 janvier 2002

- Jean Canneva (UNAFAM),
- Claude Finkelstein (FNAP-Psy),
- Marie-France Gouriou (conseillère de Paris, conseillère du 20^{ème} arrondissement, co-rédacteur du rapport Charzat)

Le 29 janvier 2002

- Laurent El Ghazi (maire adjoint à la Santé de Nanterre),
- Annie Podeur (directrice de l'ARH de Bretagne)
- Marcel Jaeger (association de recherches sociologiques et anthropologiques appliquées à la psychiatrie [ARSAAP])

Le 8 février 2002

- Jean Furtos (observatoire régional de la santé psychique en rapport avec l'exclusion – Lyon [ORSPERE]),
- Renaud Gauguelin (adjoint au maire de Rillieux-la-Pape),
- Luc Lamy (Comité Local de Prévention de la Délinquance de Rillieux-la-Pape),
- Gilles Burloux (médecin-chef du secteur psychiatrique de Rillieux-la-Pape),
- Bernard Joli (médecin-chef du secteur psychiatrique de Givors),
- Claude Guillemarre (psychiatre de liaison au CHG de Givors),
- Muriel Petre (Givors),
- Yves Buffet (association d'aide à l'insertion sociale [ASAIS- réseau ICARE] de Bordeaux),
- Michel Lemasson (association ASAIS-ICARE de Bordeaux),
- Hélène Bielle (association ASAIS-ICARE de Bordeaux),

- Jean-Pierre Dejonghe (médecin-chef du secteur 14 des Yvelines),
- Christian Godin (agent de développement dans le même secteur),
- Michel Delaplace (infirmier psychiatrique dans le même secteur),
- Olivier Nicolas (praticien hospitalier dans le même secteur),
- Philippe Clery-Melin (psychiatre libéral, directeur d'établissement privé à but lucratif),
- Jean-Marc Antoine (FNARS).

Le 11 février 2002

- Paul Morin (coordonnateur du collectif de défense des droits de la Montérégie, Québec)
- Tim Greacen (ex-président d'AIDES Île-de-France, responsable du Laboratoire de recherche du groupe hospitalier Maison Blanche, Représentant des usagers à l'Hôpital Européen Georges Pompidou)

Le 8 mars 2002

- Jean-Jacques Laboutière (Fédération française de psychiatrie [FFP]),
- Roger Salbreux (FFP),
- Charles Aussilloux (FFP),
- Yvan Halimi (chef de service à l'hôpital de la Roche-sur-Yon, vice-président de la conférence des présidents de CME de CHS),

Le 11 mars 2002

- Jacques Piant (médecin-chef du secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Gonesse),
- Marie-France Epagneul (UDAPEI du Val d'Oise),
- Jean-Pierre Burnier (directeur de l'hôpital de Gonesse),
- Jean-Pierre Davit (adjoint au maire de Gonesse)

Le 14 mars 2002

- Philippe Nicot (médecin généraliste à Limoges, président d'un réseau psychiatrique)
- Claudie Locquet (médecin généraliste enseignante, membre de l'ANAES)
- Max Longeron (directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse d'Île-de-France)
- Claude Romeo (directeur des affaires sociales du Département de Seine-Saint-Denis et président de l'ANDAS)
- Jean-Luc Gallais (médecin généraliste, SFMG)
- Yves Zerbib (médecin généraliste à Saint-Priest près de Lyon)
- Bernard Topuz (médecin chef de la PMI de Seine-Saint-Denis)
- Patrick Alécian (psychiatre, conseiller de la direction nationale de la protection judiciaire de la jeunesse)

Le 5 avril 2002

- Jean-Michel Rapinat (directeur du service social - association des départements de France [ADF])

ANNEXE 3
PARTICIPATION AU DÉBAT PAR DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

ANNEXE 3 – 1

Intervention du Docteur Laurent EL GHOZI Maire adjoint, chargé de la santé à NANTERRE

**au FORUM RÉGIONAL DE LA FÉDÉRATION CROIX-MARINE D'AIDE A LA SANTÉ MENTALE
le 11 juin 1999 au Ministère de la Santé**

...Il faut préciser avant de commencer que, certes, je suis médecin, mais que je n'ai aucune compétence en psychiatrie et que je m'exprimerai ici seulement à titre d'élu local. J'ajouterai que sur ce sujet comme sur tous les autres, les élus attendent des professionnels d'être interpellés. Saisis des questions dont ils ignorent presque tout et que de cet échange seul peut naître une véritable politique répondant aux difficultés des habitants sur un territoire qui nous est commun. C'est particulièrement vrai dans ce domaine de la santé publique locale : une véritable politique de secteur psychiatrique ne devrait pas pouvoir s'imaginer sans un ancrage très fort avec l'ensemble des politiques municipales, de santé, sociale, d'accès aux droits, culturelle ou du logement...

Je ne parlerai ici que de ce que je connais un peu, c'est à dire ce qui se passe sur Nanterre.

En effet, même si nous, élus locaux, ne sommes pas compétents dans tous les domaines, nous sommes constamment sollicités par la population qui habite Nanterre, par les familles, les professionnels, pour essayer de résoudre toutes les questions qui se posent à eux et en particulier celles qui relèvent de la souffrance psychique et de la santé mentale. L'élu est, sur le territoire de sa commune, garant de l'égalité de ses concitoyens devant la maladie, devant l'accès aux soins, devant la prise en charge de l'ensemble de leurs difficultés. Il doit donc, avec tous les professionnels concernés, tenter d'élaborer des réponses adaptées, particulières pour telle ou telle catégorie de la population qui fait appel à lui. Il y a là quelque chose de l'ordre de la subsidiarité lorsque les dispositifs mis en œuvre au niveau national ne parviennent pas à répondre concrètement à l'ensemble des besoins.

Les lois récentes comme la Loi d'orientation de Lutte contre les Exclusions ou la mise en place des PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) ou encore la Politique de la Ville ou le Programme Départemental d'insertion pour le RMI, doivent trouver une application et une mise en œuvre au plus près des habitants, dans les quartiers : celle-ci dépend largement, trop largement même, de la volonté et de l'implication des élus locaux. C'est donc à cela que nous devons nous attacher. Nous pensons en effet que le rôle des élus locaux est la production locale de solidarité, d'égalité, égalité devant l'accès aux soins et l'accès aux droits, devant la prise en charge thérapeutique lorsqu'elle est nécessaire. Cela nécessite bien entendu l'implication de tous, mais le Maire et ses adjoints doivent y contribuer, en particulier en mobilisant tous les professionnels autour de problématiques reconnues, mises en évidence à partir de leur écoute des habitants.

Il me faut souligner tout d'abord une distinction importante et rarement mise en évidence : en France, **le soin** relève de l'État et de la politique nationale qu'il met en œuvre : la prise en charge de la pathologie psychiatrique doit se faire à partir du secteur, service public de psychiatrie. À l'inverse, ou en complémentarité, **la santé**, au sens large bien entendu, qui est une notion naturellement multifactorielle dont le diagnostic ne peut être que local tant il est variable d'une ville à l'autre, d'un quartier à l'autre, la santé donc, ne peut être qu'une responsabilité locale. Ainsi la souffrance psychique qui relève, elle aussi, de multiples facteurs dont beaucoup sont locaux, doit être traitée au niveau de la ville. C'est le niveau pertinent où peuvent s'imaginer et se mettre en œuvre effectivement des solutions nouvelles, imaginatives, fluides, adaptées à des contextes et à des besoins précis.

Un exemple : lorsqu'il y a une trentaine d'années, des parents d'enfants inadaptés sont venus trouver des élus de Nanterre pour demander leur aide, pour contribuer à la prise en charge de leurs enfants face à l'insuffisance de réponses publiques adaptées, la Ville a répondu en créant une association, l'APEINA, Association des Parents d'Enfants Inadaptés de Nanterre et de leurs Amis, laquelle est aujourd'hui gestionnaire de deux structures :

- Un CMPP (Centre Médico-psycho-pédagogique) qui, en associant les compétences et les moyens de l'Éducation Nationale et de la DDASS, prend en charge les Jeunes enfants scolarisés.

- Un Institut Médico-Éducatif, doublé aujourd'hui d'un Institut Médico-Professionnel, IME et IMPRO, qui permettent la scolarisation adaptée et la prise en charge psychothérapeutique d'enfants plus âgés.

Ces structures, gérées par l'APEINA qui dépend étroitement de la Municipalité et qui est présidée par un élu de la Ville, témoignent de la réponse qu'une ville peut apporter et de l'importance de son engagement. Cette action de la ville, nécessaire face aux carences d'alors, doit se poursuivre aujourd'hui pour d'autres populations tout aussi exclues des soins en santé mentale.

C'est à partir de cet exemple que nous considérons que le rôle de l'élu local est à la fois légitime et le cas échéant efficace. C'est à partir de cette expérience que nous nous permettons également de continuer à solliciter les secteurs publics de psychiatrie, les administrations déconcentrées de l'État, le Conseil général ou la Sécurité Sociale pour que cette politique puisse se poursuivre.

Ainsi la Ville a commandé, dans un quartier très « sensible », le Petit Nanterre, une enquête participative sur les besoins de santé de la population et ses conditions d'accès aux soins. Celle-ci a confirmé que, malgré une offre de soins importante, les habitants souffraient de pathologies aggravées par leurs conditions de vie et recouraient difficilement à des soins pourtant nécessaires. Outre les problèmes dentaires, périnataux, d'alimentation ou de diabète, ou encore liés à l'usage de produits psycho-actifs, la « souffrance « psycho-sociale » est apparue comme la principale difficulté dans ce quartier. Nous nous proposons donc de travailler avec des professionnels et des habitants, au plus proche du quartier, autour de cette souffrance et de ce qu'elle ne dit pas pour tenter ensemble d'y apporter des remèdes obligatoirement « micro-locaux ».

Quelles sont donc les problématiques de Santé Mentale auxquelles nous sommes particulièrement confrontés et pour lesquelles nous considérons que les réponses institutionnelles classiques sont insuffisantes ou inadaptées, pour lesquelles nous continuons à espérer, ou à rêver, d'une véritable politique de secteur, politique de santé publique profondément enchâssée dans l'ensemble des interrogations de la Cité ?

Je voulais, sans être exhaustif, aborder trois groupes de population, tous marqués par des difficultés majeures d'ordre à la fois économique, social, relationnel, familial, globalement par des difficultés d'insertion et de vie harmonieuse dans la société que nous avons fabriquée.

Il s'agit donc de personnes que l'on dit exclues : si je partage la réticence exprimée par Michel Joubert pour ce terme parce qu'il caractérise des gens sans rien dire des causes ni surtout des exclueurs, que l'exclusion semble être un état de fait contre lequel on ne peut rien, je l'utiliserai pourtant car il correspond à une réalité qui, pour moi, n'est pas une fatalité.

Ces catégories, ou ces cibles comme on dit dans le langage administratif, sont : les bénéficiaires du RMI, les SDF et les jeunes sur lesquels j'insisterai un peu plus.

Par une coïncidence, qui ne doit pas être complètement un hasard, j'ai appris, il y a quelques jours que la future circulaire de la Direction des Hôpitaux concernant la psychiatrie et que nous évoquait madame d'Autume il y a un instant, insiste précisément sur la nécessaire collaboration entre toutes les structures, notamment pour la prise en charge des très petits enfants, des adolescents, des sujets dépendants de substances psycho-actives, des personnes âgées et des exclus. Je ne parlerai pourtant pas des toxicomanes qui sont encore plus rejetés par les équipes psychiatriques de secteur mais qui posent bien trop d'autres problèmes pour que nous les abordions ici.

Les bénéficiaires du RMI

Ils sont 2600 dans la ville de Nanterre, plus de 20 000 sur le département des Hauts de Seine.

Chacun sait, et il suffit pour cela d'assister régulièrement aux Commissions Locales d'Insertion pour le RMI, que plus de 30% de cette population présentent des troubles psychopathologiques sévères rendant extrêmement difficile toute insertion professionnelle. Plus de 50 % d'entre eux sont en état de souffrance psychosociale qui les rend, au moins temporairement, inaptés au travail et incapables même d'accéder à une formation professionnelle. Cette situation est bien connue mais malheureusement aucune structure psychiatrique adulte ne s'y intéresse véritablement. Nous sommes donc contraints dans le cadre du Programme Départemental d'Insertion de faire appel à des intervenants privés ou à des associations pour des actions de re-mobilisation par toutes sorte de moyens permettant de conduire progressivement ces personnes à une meilleure image d'elles-mêmes qui leur permette alors d'accéder à un parcours d'insertion. Le Programme Départemental d'Insertion finance donc des vacations de psychologues privés, faute de pouvoir trouver une réponse adaptée au sein du secteur public.

J'ajoute que les travailleurs sociaux d'insertion confrontés à cette population en grande détresse sont parfaitement démunis, n'ont pas les moyens d'élaborer des éléments d'évaluation diagnostique et encore moins d'orienter ces personnes vers les structures qui devraient s'occuper de les prendre en charge.

Les populations sans domicile fixe

Je parlerai en particulier de la population hébergée au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre ou accueillie au Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri du CASH (le CHAPSA) : là encore on peut estimer que la pathologie mentale atteint 50 % de ces personnes qui vivent dans des situations de précarité extrême.

Que les troubles psychiques soient la conséquence ou la cause de la désinsertion sociale importe relativement peu : il me semble en effet que, au moins dans un premier temps, il y a urgence à répondre à la souffrance psychique de ces patients et que cela nécessite l'intervention de psychiatres ! Nous disposons d'ailleurs, à la consultation médico-sociale du CHAPSA de deux vacations de psychiatre, assurées par le Dr Marie Hélène LEMAIRE qui naturellement nous apporte beaucoup. Bien entendu, c'est insuffisant et que ce soit pour les personnes totalement sans abri du CHAPSA ou pour les personnes hébergées à plus ou moins long terme au CASH, la non prise en charge de la souffrance psycho-sociale par le secteur de psychiatrie Adulte de Nanterre nous a conduit à faire intervenir la mission Nationale d'appui en Santé Mentale, chargée d'évaluer et de faire des propositions pour une meilleure réponse, de l'accueil souple en urgence à la prise en charge imaginative des addictions ou au difficile suivi d'une problématique réinsertion.

Une autre étude, conduite par Anne BADOUX du CNRS avec l'appui de la DGS au sein des centres Recherche et Rencontres, souligne bien la fréquence et l'importance des troubles psychologiques liés à l'isolement social, les symptômes dépressifs, voire psychotiques, les troubles de la personnalité, les pathologies psychosomatiques majeures que présentent ces personnes. De surcroît, des pathologies psychiatriques préexistantes jusque là compensées et maintenues par le cadre social, familial ou professionnel, se décompensent volontiers, s'accroissent à l'occasion de l'isolement social.

L'étude d'Anne BADOUX a montré qu'une prise en charge psychothérapeutique proposée systématiquement aux personnes accueillies dans les centres Recherche et Rencontres permettait de faire passer la population en grande souffrance psychosociale de 70 % à l'entrée, à 48 % seulement au bout de 6 mois et à 36 % au bout d'un an, avec une diminution flagrante de la gravité des troubles observés, mesurés objectivement. Il est manifeste que cette souffrance psychique liée à l'isolement doit être entendue, qu'il faut pouvoir y répondre et que cela sert à quelque chose et d'abord aux personnes elles-mêmes : ce n'est malheureusement pas le cas la plupart du temps aujourd'hui.

Je voudrais maintenant insister un peu plus longuement sur le problème des Jeunes

Il y a là un champ considérable de réflexions et d'interventions auxquelles doit s'associer l'ensemble des associations et des structures qui prennent en charge les jeunes, de la crèche et des PMI jusqu'au collège et au lycée.

Je voudrais d'abord préciser que, pour nous, il ne s'agit nullement de nous situer dans une logique de prévention de la délinquance, comme c'est hélas un peu la mode actuellement.

En effet, il nous semble que la délinquance des adolescents voire des pré-adolescents, les incivilités, les usages abusifs de produits, les difficultés scolaires qui aboutissent inévitablement à l'exclusion scolaire, ne doivent pas relever d'une logique sécuritaire mais obligent plutôt à se poser la question de la souffrance de ces jeunes, de leurs difficultés à trouver leur place, réelle et symbolique, dans une société qui ne leur en laisse guère, à retrouver des repères alors qu'ils sont issus de familles qui n'en ont plus depuis longtemps, disqualifiées par le chômage, le déracinement culturel, la perte du sentiment de l'utilité de soi. Bref, difficultés à trouver du sens dans un environnement familial, social, professionnel qui en est de plus en plus dépourvu et que les adultes eux-mêmes ont bien du mal à rendre visible.

Je parlerai d'abord des tout petits.

Pour avoir participé à plusieurs Conseils de Discipline au Collège, aboutissant à l'exclusion définitive, irremédiable et sans appel de jeunes pré-adolescents, je crois que l'on peut être en colère. Chaque fois l'histoire est la même : il s'agit d'un enfant qui dès son plus jeune âge, dès la maternelle parfois est repéré par les équipes scolaires comme agité, violent ou au contraire apathique, absent, incapable de se plier aux règles. Cette difficulté à entrer dans le cadre n'a pas été entendue comme un appel, une souffrance, une difficulté, mais a entraîné quasi inéluctablement une mise à l'écart, une relégation qui, répétée de classe en classe, d'année en année, a fini par aboutir à une expression plus violente marquée par des actes délictueux, par une impossibilité d'accepter et d'entendre des règles alors que lui-même n'était pas entendu depuis des années.

Cette expérience douloureuse et que je ne souhaite à personne m'a convaincu qu'il était indispensable d'essayer d'améliorer le dépistage et la prise en charge précoce de cette souffrance psychique des enfants voire des très jeunes enfants et qu'on ne pouvait le faire sans référence étroite au cadre dans lequel il vit.

Nous essayons donc de travailler avec la PMI qui dépend de la ville, et avec les écoles maternelles et primaires dans lesquelles la ville a organisé un service d'assistantes sociales : le but est que les difficultés de ces enfants, leur instabilité, leur incapacité à se plier aux règles soient entendues comme un appel, une souffrance à soigner et non pas comme une incapacité ou un défaut rédhitoire à sanctionner.

C'est un peu le rôle du CMPP mais on se rend bien compte malheureusement que le fonctionnement du CMPP qui exige l'adhésion et la présence des parents, qui apporte quelques heures au mieux de thérapie par semaine est largement insuffisant pour beaucoup et qu'il faut aller au-delà.

Parce que la mobilisation des familles vers ces structures de soins est en échec, parce que le risque majeur est celui d'une exclusion progressive dès que l'enfant sera confronté à la scolarisation, le CMPP a mis en place, en collaboration étroite avec l'intersecteur, un groupe thérapeutique dans un quartier de la ville, action que nous souhaitons développer dans d'autres quartiers. Ce groupe thérapeutique entend développer une offre de soins spécifique et adaptée dans des quartiers lourdement marqués par des difficultés sociales, des situations d'exclusion, des difficultés familiales, le chômage etc. Il associe l'intersecteur de pédopsychiatrie, le CMPP à l'école, la CCPE : les enfants sont repérés à l'école par les enseignants et le réseau d'aide qui adresse les familles au groupe. Un contact régulier entre enseignant et soignant permet de maintenir l'intégration scolaire tout au long de la prise en charge. Celle-ci se situe dans un local banalisé hors des structures psychiatriques mais dans le quartier, donc avec une facilité d'accès pour les familles. Il s'agit d'un espace de transition, un lieu de parole hors de l'école où l'enfant peut être reconnu pour ce qu'il est avec ses difficultés.

Cette prise en charge permet une élaboration individuelle et la création de lien entre les enfants et les adultes, à distance des situations de crise, avec possibilité de revalorisation sur des acquis ou des compétences spécifiques. Il s'agit donc avant tout d'une structure souple, permettant le relais lorsque c'est nécessaire vers les structures de prise en charge plus classiques.

Ce travail, à l'évidence bénéfique, n'est possible que grâce à l'implication de l'intersecteur de pédopsychiatrie et grâce au soutien de la DDASS et de la ville.

Il est financé dans le cadre du Contrat de Ville : celui-ci permet la mise en place de ces expérimentations. La contrepartie est le risque de non pérennisation et de remise en cause quasi annuelle de ce type d'action. Il nous paraît évident cependant qu'elles devraient être largement développées et que l'implication des pédopsychiatres devrait y être, non pas à Nanterre où cela se passe fort bien, mais partout ailleurs, beaucoup plus importante.

Lorsque les enfants deviennent adolescents, s'ils ont échappé à ces difficultés et ces exclusions, ils arrivent au collège. C'est naturellement un âge difficile où toutes les difficultés antérieures non entendues et non résolues vont pouvoir s'exprimer de façon beaucoup plus aiguë et en particulier par une inadaptation à un système scolaire rigide, par des actes violents, le plus souvent verbaux mais qui sont néanmoins incompatibles avec ce que le cadre scolaire peut supporter, je l'ai déjà dit.

Je vous rappelle que les conseils d'administration des collèges comprennent obligatoirement des élus : ils y entendent donc non seulement les difficultés des familles et de leurs enfants, je l'ai évoqué à propos des conseils de discipline, mais également et surtout celles des enseignants. Là encore la règle est, trop souvent, l'absence de réponse par impossibilité d'écoute. L'attitude habituelle de l'Éducation Nationale est d'abord une grande tolérance qui n'est souvent que surdité ou impuissance puis le rejet et la mise à l'écart et finalement l'exclusion.

Il y a pourtant manifestement possibilité d'agir autrement.

Dans le cadre des Comités d'Environnement Social, que le chef d'établissement peut mettre en place et qui permettent un large travail en partenariat avec toutes les structures du quartier, en particulier municipales mais aussi associatives ou psychothérapeutiques, nous avons pu travailler sur ces difficultés des enseignants en

relation avec les difficultés des élèves et essayer de faire comprendre que la violence ou l'indiscipline constante de certains de leurs élèves pouvait être entendue comme une souffrance et engendrer autre chose que de la peur.

L'Éducation Nationale est malheureusement réticente à toute intervention extérieure en son sein. La règle y est que les choses doivent se régler en famille, si j'ose dire, et que tout intervenant extérieur est suspect de pouvoir, voire de vouloir, porter un regard critique. Nous avons cependant réussi à mettre en place des groupes de soutien grâce à une psychologue, art thérapeute. A ce sujet, il est intéressant de noter que si, au départ, ce groupe devait s'adresser aux enfants, très vite, il a été récupéré par les enseignants à leur propre profit ce qui ne l'a pas empêché néanmoins d'être extrêmement bénéfique.

Dans trois autres collèges nous finançons des interventions de psychologues, parfois venues de l'Intersecteur.

Il est clair que ces interventions, quelles que soient leurs méthodes ou leurs outils, au sein de l'Éducation Nationale, ne peuvent avoir pour objet de traiter les élèves dans l'établissement. En revanche, un travail de dépistage des difficultés majeures, suivi chaque fois que possible d'orientation vers d'autres lieux de prise en charge psychothérapeutique, peut se faire.

Par ailleurs, les enseignants témoignent d'une insécurité majeure et d'un besoin tout aussi majeur de soutien dans ce domaine. Il y a nécessité de leur permettre de comprendre ce qui se joue entre l'adolescent et eux, d'élucider leurs propres peurs et fantasmes de recadrer leur relation éducative à l'élève et plus largement encore de comprendre les mécanismes psychologiques en jeu au moment de l'adolescence. Toutes ces notions sont certes enseignées dans leur cursus de formation, mais elles restent très théoriques, ne leur permettant la plupart du temps pas de faire face à la réalité des comportements des élèves qu'ils ont en face d'eux tout au long de la journée. Ce désarroi des enseignants, largement mis en avant dans toutes les histoires de violence scolaire, n'est pratiquement jamais pris en considération. pas plus que la souffrance ou les difficultés psychiques des élèves ne peuvent être entendues.

Il faut donc à mon sens qu'un regard extérieur qui, en l'occurrence, peut être celui de l' élu qui siège au conseil d'administration, qui connaît le quartier, qui connaît les familles. qui peut mobiliser certains moyens, il faut donc qu'un regard extérieur puisse s'introduire dans ce milieu clos, proposer des solutions, des interventions, des actions pour l'ouvrir un tant soit peu et lui permettre une souplesse sans pour autant le remettre en question.

Il y a là un travail difficile de pédagogie vis à vis des enseignants et peut être plus encore des responsables de l'établissement et de l'Éducation Nationale, travail qui ne peut se faire qu'avec l'implication forte des pédopsychiatres et psychiatres du secteur public.

Je voudrais maintenant parler de ceux qui n'ont pas bénéficié de dépistages précoces, ni de prise en charge au cours de leurs années de scolarité, ni de l'écoute d'enseignants formés et soutenus et qui malheureusement sont entrés dans le champ de l'exclusion et de la délinquance.

Une étude sur la santé des jeunes suivis par la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) et coordonnée par Marie CHOQUET est à cet égard dramatiquement démonstratrice. Elle ne fait cependant que confirmer, en la caricaturant, la situation de l'ensemble des adolescents et des jeunes adultes sur leurs problèmes de santé.

L'étude de la PJJ montre en effet que si 80 % d'entre eux prétendent aller mieux, en fait 51 % des filles, 24 % des garçons reconnaissent avoir des problèmes psychologiques dont 10 % sont graves. 53 % des filles, 18 % des garçons ont eu des idées suicidaires. 48 % des filles, 12 % des garçons ont fait une tentative de suicide dans l'année précédente. 73 % des filles, 56% des garçons ont bénéficié d'une consultation de psychologue ou de psychiatre. De même la consommation de produit toxique touche plus de la moitié de ces jeunes. De même encore, 43 % des filles et 48% des garçons ont été auteurs de violences. 55% des filles, 41% des garçons ont été victimes de violences.

S'y ajoutent des troubles alimentaires, des accidents extrêmement fréquents et l'ensemble de ces conduites que l'on peut caractériser comme des prises de risques excessifs sont, bien entendu des manifestations, mais aussi des causes, d'un mal être psychique, d'une perte de l'estime de soi, d'une incapacité à trouver sa place dans la société. Ce lien entre délinquance et facteurs sociaux d'une part, souffrance psychique d'autre part est manifeste : pourtant ces problèmes de santé et en particulier santé mentale des jeunes ne sont pas pris en charge dans l'immense majorité des cas.

Une autre étude conduite à Toulouse montre que si 85 % des adolescents scolarisés se sentent en forme, 33 % reconnaissent se sentir parfois « tristes à mourir » et cela doit naturellement nous inquiéter.

Que dire de plus, sinon qu'il y a là un besoin évident d'intervention des professionnels de la santé mentale, intervention à 3 niveaux me semble-t-il :

- 1) la formation des adultes en charge de l'éducation à entendre cette souffrance et être capable de l'orienter.
- 2) l'information des jeunes eux-mêmes et la mise en place, avec eux si possible, de structures leur permettant simplement d'accéder à cette information.
- 3) la sensibilisation de l'ensemble des professionnels à la signification de troubles fonctionnels, de troubles du sommeil, de troubles de l'alimentation ou du comportement. Toutes ces manifestations sont autant de signes d'alerte, de modalités d'appel au secours qui doivent être entendus et auxquels une réponse adaptée doit pouvoir être apportée. Malheureusement et nous le savons tous, les jeunes, ceux qui se considèrent en bonne santé, parce qu'ils ne trouvent pas d'interlocuteur disponible dans un cadre suffisamment neutre, parce qu'eux mêmes ne savent pas interpréter leurs propres symptômes, ne peuvent pas recourir aux professionnels qui seraient susceptibles de les aider.

Nous pensons que ces interlocuteurs sensibles et ouverts peuvent se trouver partout, hors champ sanitaire, au plus proche, dans une rencontre possible, sans préalable. Ce peut être pratiquement n'importe quel adulte du quartier, professionnel ou pas, pour peu qu'il ait été formé et qu'il s'inscrive dans un réseau de personnes compétentes.

C'est pour répondre en partie à cette difficulté que nous avons, sur appel à projet de la Fondation de France, mis en place à Nanterre en Novembre 99, un **Espace Santé Jeune**. Il s'agit d'un lieu, une petite maison en centre ville, neutre, conviviale qui n'est pas un lieu de soin et qui n'y ressemble pas. Mais tous les adolescents peuvent, quand ils le souhaitent, pousser la porte pour parler autour de leur santé ou poser toutes les questions qui les préoccupent.

Cet espace est animé par une infirmière en Santé Publique, une psychologue, une diététicienne qui travaillent avec trois emplois jeunes : l'une chargée de l'accueil dans ce lieu, les deux autres jouant un rôle d'agent relais santé auprès des jeunes dans deux quartiers de la ville. Dès le départ le projet a été élaboré avec l'ensemble des partenaires sociaux, éducatifs et sanitaires de la ville et en particulier l'intersecteur de pédopsychiatrie de Nanterre. Celui-ci assure une permanence d'accueil dans ce lieu, permanence dont l'objectif n'est pas la prise en charge thérapeutique mais l'écoute, l'information et l'orientation si besoin, vers une structure de soins plus classique.

La participation des professionnels de la santé mentale de l'adolescent est ici indispensable à la fois pour apporter leurs compétences à l'ensemble de l'équipe et la soutenir dans la compréhension de ce qui peut se jouer, mais également pour être à la disposition des jeunes qui souhaiteraient parler de leur vie personnelle et des difficultés qu'il y a à grandir et, finalement à être bien dans sa peau.

Ce qui nous paraît important est de proposer un accueil attractif pour les jeunes, autour d'animations concernant le corps, la sexualité, l'alimentation, certaines maladies, la prise de produits toxiques etc. sans attendre préalablement que s'exprime une demande. L'essentiel de ce travail repose sur l'établissement d'emblée d'une relation de confiance puisque le cadre est complètement ouvert, puisque les murs de la structure ne peuvent plus jouer le rôle de contenant et que l'essentiel est donc bien le contenu c'est à dire la relation. Cela impose de réinventer un cadre souple, ouvert, évolutif et conduit naturellement à une prise de risque pour les professionnels de la santé mentale, à une expérimentation qui les expose eux mêmes à une relation nouvelle. Il s'agit d'être au plus près d'une demande non formulée, d'aller à la rencontre d'une souffrance inconnue, non dite, indicible souvent : cela met naturellement les professionnels dans une position inconfortable, non cadrée où tout peut arriver.

La question est donc bien celle du lien sans lequel l'autre ne peut être reconnu comme sujet, sans lequel il n'y a pas d'humanité, pas de rencontre, donc pas de soins.

Bien souvent, on commencera par parler de tout autre chose que de ce qui préoccupe réellement l'adolescent, on ne parlera pas de soin mais de mal être, de difficultés, de surpoids, de relation avec ses proches, de difficultés intra-familiales etc.

Les problèmes sociaux liés à la formation, au travail, à la différence culturelle pourront être également des entrées en matière permettant secondairement d'aborder ce qui fait problème, ce qui est proprement de la souffrance psychique.

Cette écoute informelle, ouverte à un mal être difficile à exprimer, peut conduire vers une prise en charge plus classique par des structures normales et jouer ainsi un rôle de sas, d'espace transitionnel pour l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale.

Cette déspecialisation de la psychiatrie au risque du social expose le professionnel mais permet une rencontre plus globale avec l'autre, ainsi reconnu en totalité.

Pourquoi ces problématiques et pourquoi devons nous y apporter toute notre attention ?

Les populations dont nous venons de parler se caractérisent par le fait qu'elles n'accèdent pas aux soins psychothérapeutiques, qu'elles sont exclues des prises en charge normales, qu'elles ne savent même pas pouvoir y accéder, ni même qu'elles en ont besoin.

On peut, très schématiquement classer ces problématiques sous le terme de « pathologies psychosociales ». Ce terme est naturellement ambigu et sera rejeté par certains. Il ne s'agit pas, bien entendu de pathologie psychiatrique lourde, dure, encore que bien souvent les difficultés d'insertion mettent en évidence des pathologies psychiatriques réelles, voire psychotiques. Il nous semble que la précarisation des familles due au chômage, à la perte des repères, à l'économie parallèle qui déstructure tout lien social, au décalage culturel, tout ceci constitue un ensemble d'étiologies qui concourt à empêcher la maturation psychique normale de l'adolescent. à lui interdire d'acquiescer une place équilibrée et sereine au sein de notre société. L'école, qui reste le principal lieu de socialisation pour les jeunes, joue de plus en plus difficilement ce rôle, nous l'avons vu. Cette déscolarisation aggrave encore la marginalisation et renforce les jeunes dans leurs sentiments d'exclusion et dans leurs souffrances intimes.

Il n'est pas question ici pour moi de relancer le débat entre psychogénèse et sociogénèse, mais de tenter de m'intéresser d'abord à l'autre, au sujet dans le patient, ou même avant le patient et à sa souffrance : il est question de parvenir à penser d'emblée « psychosocial » et ainsi à s'appuyer sur tout le tissu social pour lire autrement les troubles psychiques des individus.

Nous devons tous ensemble tenter d'apporter des réponses nouvelles à ces difficultés : cela passe d'abord par un diagnostic partagé, c'est à dire un travail en groupe, pluri-disciplinaire et interinstitutionnel permettant de mieux comprendre, de dépister les situations à risque, et à partir de là d'imaginer et de mettre en place des actions nouvelles.

Celles ci s'orientent schématiquement selon quatre axes que je rappelle brièvement :

- 1) **l'accès aux soins psychiatriques** : il peut s'agir de mettre en place des modalités de dépistage et d'orientation précoce, des sas d'écoute et d'orientation, les uns et les autres pouvant déboucher sur le recours aux structures de soins psychiatriques normales.
- 2) **l'information des professionnels** de l'Éducation nationale, de l'animation, des services municipaux, santé et social bien sur, mais aussi culture, logement, sport..., tous les adultes professionnels en lien avec les populations précarisées. Il faut qu'ils puissent comprendre ce qui se joue, ce qui passe pour jouer un rôle de dépistage, d'alerte et d'orientation.
- 3) **la mise en place d'un soutien à ces professionnels** : il peut s'agir de groupes de parole, d'étude de cas, animés par des professionnels de la santé mentale pour aider ces acteurs de première ligne en contact avec des publics en grande difficulté à assumer cette tâche difficile sans désespérer, ni s'enfermer dans des relations de rejet.
- 4) Pour cela, il faut naturellement, et c'est ce que je souhaiterais, pouvoir vous demander que les **professionnels de la santé mentale**, les psychiatres des secteurs ou des intersecteurs de pédopsychiatrie, sortent de leurs structures, s'engagent avec les autres partenaires, aillent dans la ville, là où se trouvent ces publics en situation de souffrance psychosociale pour apporter leur compétence et leur engagement. Comme le disait déjà le professeur Daumezon en 1966, passer de leur position « d'abbé mitré en leur monastère » à celle de « moine mendiant sur la route.

Bien entendu cette attitude, cette demande faite aux professionnels de la santé mentale n'est pas exempte d'ambiguïté et de risques de dérive. Je voudrais, pour alimenter la discussion, en citer quelques-unes.

Tout d'abord le problème des moyens

Selon le SROSS de l'Île de France, entre 94 et 98 le nombre de places (lits et places confondus) adultes a augmenté de 78, le nombre de places pour enfants a augmenté de 74. C'est naturellement totalement insuffisant et à peine sérieux.

Selon les indices technocratiques retenus, le déficit pour les adultes est de 300 à 400 places. Le déficit pour les enfants de 500 places en dehors de Paris. Mon propos n'est naturellement pas de me prononcer sur l'organisation générale de la psychiatrie publique dans la région, mais force est de constater que les moyens sont non seulement globalement insuffisants mais surtout très inégalement répartis. Quelques chiffres : pour les adultes, l'indice (nombre de places pour mille habitants) est de 1 en Seine Saint Denis, de 1,5 dans les Hauts-de-Seine et de 1,8 à Paris.

Pour les enfants, l'indice est de 0,8 en Seine-Saint-Denis, de 1 dans les Hauts-de-Seine et de 1,4 à Paris. Le coût global par habitant varie de 319 francs à 1231 francs soit 4 fois plus, ce qui est parfaitement scandaleux.

Pendant, cette réalité de l'insuffisance des moyens à laquelle j'adhère, ne suffit pas à tout expliquer, j'en veux pour preuve la différence d'implication majeure, fondamentale entre l'intersecteur de pédopsychiatrie et les deux secteurs de psychiatrie adulte de la ville de Nanterre. Je n'insisterai pas, mais il y a là manifestement différence de volonté, différence d'engagement et différence de résultats.

J'ajoute que lorsque des projets innovants sont proposés, on trouve habituellement les moyens de les financer, même si c'est de façon modeste et non pérenne, que ce soit par le contrat de ville, par le programme départemental d'insertion ou par d'autres dispositifs.

La deuxième question que je voudrais soulever, est celle du danger qu'il y aurait à vouloir psychiatriser les difficultés sociales, les déviances, la délinquance. Vous aurez compris que ce n'est pas mon propos, que je n'idéalise pas la psychiatrie au point de penser qu'elle puisse résoudre toutes les difficultés que génère notre société. Je pense simplement que les difficultés sociales et réelles d'un certain nombre de gens entraînent des conséquences psychiques et que celles-ci doivent être entendues et prises en considération. Il faut que la psychiatrie s'intéresse à la souffrance existentielle des individus, qu'il y ait ou non pathologie psychiatrique.

Mon propos, vous l'aurez compris, est de solliciter les compétences, l'engagement des équipes de psychiatrie pour d'une part contribuer à la compréhension de cette problématique psychosociale, pour faciliter l'insertion des personnes en grandes difficultés, pour soutenir les professionnels sociaux, éducatifs, administratifs, sanitaires voire répressifs qui sont directement confrontés à des situations intolérables, pour enfin imaginer des modalités nouvelles de travail ensemble, au bénéfice de ces individus, avec un dépistage facilité et précoce, des formes de prises en charge adaptées, simples, non stigmatisantes.

Un troisième risque serait de mettre toutes ces actions au service d'une logique de maintenance sociale, l'apaisement de la souffrance individuelle ne servant finalement qu'à l'étouffer et à conforter un système qui précisément produit cette souffrance.

Il est clair qu'il ne faut pas tout confondre et que la prévention et le soin qui s'adressent aux individus ne peuvent participer à des objectifs sécuritaires et ne nous exonèrent en aucune façon du combat politique pour une société plus juste, plus solidaire, plus ouverte aux différences aussi.

Il ne saurait être question ici de contrôle social par la psychiatrie, que ce soit pour les pauvres, pour les jeunes, pour les exclus, et la question de la **liberté** du recours à telle ou telle forme de prise en charge est fondamentale. Encore faut-il savoir quelle aide peut être sollicitée, où, comment, par qui. Et cette question de la connaissance qui conditionne la liberté de chacun est une exigence éthique qui s'impose aussi bien à l'individu qu'à chacun des professionnels concernés ou aux élus.

Un mot encore sur la question de la **demande** qui serait nécessaire et préalable à toute possibilité de soin. Comment exiger que ceux qui ignorent tout, non seulement des structures et des modalités, mais surtout de leur fonctionnement même, de leur souffrance enfantine, puissent exprimer une demande d'aide ?

Comment ne pas entendre que la violence contre soi-même ou contre les autres, que le repli sur soi, que la prise abusive de produits psycho-actifs, que l'échec répété sont des « demandes », des appels au secours in formulés, des cris d'angoisse qui s'adressent à nous ?

Impossible, me semble-t-il, d'attendre la verbalisation impossible pour ceux qui n'ont jamais appris, auxquels on ne donne jamais la parole.

Il faut au contraire savoir écouter cette souffrance avant qu'elle ne puisse se dire, partout où elle

s'exprime et, pour cela, il faut former les professionnels à l'entendre et changer nos pratiques dans un « aller vers » modeste, ignorant du résultat et pourtant accueillant, renouvelé. Il faut ensemble s'exposer à cette « non-demande » qui nous dérange, qui nous sort des cadres que nous avons imaginés aussi pour nous protéger.

Ce pourrait être, à mon sens, l'occasion de la refondation, après 25 ans, du Secteur de Psychiatrie, l'intégration complète de la Santé Mentale dans la politique locale de Santé Publique. Cela suppose aussi que les professionnels rencontrent, forment, exigent des élus une vraie politique dans laquelle le secteur, dispositif lui aussi territorialisé, aurait toute sa place.

Enfin ne croyez pas que je cède,
ni à l'angélisme : il n'y a en effet pas seulement des souffrants qu'il faut aider,
ni à la toute puissance : ni les élus, ni les psychiatres, ni les uns s'appuyant sur les autres, ne vont tout régler, ni établir la cité céleste dans notre société.

Si nous contribuons simplement à ce que toute cette souffrance psychosociale des individus soit mieux entendue et mieux traitée, nous aurons un peu progressé.

C'est ce que j'attends de vous.

Je vous remercie.

ANNEXE 3 – 2

La Souffrance Psychique dans l'espace public : une question politique ?

Intervention de Martial Passi, maire de Givors, le 21 Septembre 2001

Quand le docteur Furtos m'a demandé d'intervenir sur la souffrance psychique, sa demande m'a d'abord impressionné, puis elle m'a intrigué (Givors aurait donc tant de souffrance pour que l'on demande à son Maire de témoigner ?), et pour finir, elle m'a beaucoup inquiété ; c'est globalement l'état dans lequel je suis resté.

Comment parler de quelque chose que l'on côtoie régulièrement mais que l'on a beaucoup de mal à mettre en mots ? Mettre des mots sur des maux, c'est bien sûr faire un jeu de mots facile, pour une assemblée comme la vôtre, mais pour l'élu local que je suis, c'est essayer de dépasser les slogans et le prêt à penser si cher à notre société.

Savoir dire comment la souffrance psychique arrive aux élus, cela m'a d'abord interrogé sur la définition de la souffrance psychique. Je me rend compte en vous entendant que les choses ne sont pas complètement définies.

Personnellement je l'imagine comme l'un des symptômes d'un mal vivre lui-même générateur d'un mal être.

Je ne sais pas si les souffrances liées au malaise social relèvent de la souffrance psychique et quelle est la part du psychiatrique, mais ce que je vois dans mon activité quotidienne, c'est la souffrance réelle de celles et ceux qui vivent des situations d'exclusion, de précarité, d'inégalités et de violences.

Ce que mon collègue de Nanterre appelle souffrance psycho-sociale.

Nous sommes confrontés à des situations dramatiques qui génèrent détresse et désespoir chez ceux qui se sentent abandonnés et qui ne pensent pas pouvoir apporter la moindre valeur ajoutée à la société. Un peu comme s'ils étaient au monde par hasard sans avoir à y apporter quelque chose.

Des situations de ce genre sont un véritable terreau pour la souffrance et la ville de Givors y est largement confrontée.

Comment pourrait-il en être autrement ?

Le collègue de Nanterre a fait part des difficultés à gérer une ville riche avec une population pauvre. Givors est une ville pauvre avec une population pauvre, une population marquée par son passé ouvrier et son présent fait de précarité.

La population givordine est l'une des plus modeste financièrement du département, 7041 personnes touchent l'APL, le revenu net moyen par ménage et par an avoisine les 67000 F, très en dessous des moyennes départementales et nationales.

Le chômage, en forte diminution (-25% en 5 ans) avoisine encore les 15%, 72% des jeunes sont de niveau V ou inférieur.

Le parc de logements est composé de 62% de logements sociaux. Construits à l'époque pour loger les ouvriers des usines fermées aujourd'hui, ils accueillent dorénavant des populations en situation d'extrême précarité qui n'ont qu'une hâte, c'est de changer de logement et de ville quand ils sont socialement remis à niveau. La population reste précaire en permanence, cela plombe les finances locales et cantonne la ville dans un rôle d'ascenseur social.

J'ai donné ces quelques exemples pour expliquer qu'en permanence les élus et les différents intervenants sociaux ou médicaux doivent travailler avec des populations fragilisées et sans cesse renouvelées.

Comment, dans cette réalité, nous arrive la souffrance ?

Une question qui mériterait d'être approfondie, tant il me semble que la souffrance psychique s'exprime différemment selon les lieux. J'ai retenu quelques lieux de façon tout à fait arbitraire.

A - Dans leurs permanences, les élus reçoivent la population

Pendant plusieurs heures, nous assistons le plus souvent à un long cortège de personnes venant exprimer leurs angoisses et leurs souffrances devant une réponse administrative qui n'arrive pas, un logement que l'on ne peut obtenir, un emploi derrière lequel on court sans succès, un voisinage dérangeant...

Ces personnes en souffrance sont généralement suffisamment structurées pour compléter leur demande d'aide en s'engageant dans les différentes démarches ou dispositifs.

Dans ce cas, la demande et la sollicitation semblent engager la personne dans un processus de passage à l'acte qui peut s'avérer bénéfique en cas de succès, mais terriblement destructeur en cas d'échecs, notamment s'ils sont répétitifs.

B - Autre lieu de rencontre, les réunions de quartiers.

Dans ce cas, l'expression rejoint la demande immédiate de mieux vivre le quotidien et généralement elle dénonce les contradictions générées par le déroulement de la vie privée dans les contraintes de l'espace public. A titre d'exemple, combien sont-ils ceux qui se relèvent la nuit pour vérifier si leur voiture (leur bien privé) est toujours bien en place dans l'espace public ? A-t-on étudié les incidences d'un sommeil haché par la peur du vol ou par le bruit ? Je pourrais parier de l'impossibilité de traverser son hall d'immeuble occupé par une jeunesse en mal de reconnaissance ou de contacts vrais avec les adultes. Pour revenir aux réunions de quartier, il est généralement nécessaire de laisser déverser un flot ininterrompu de propos critiques, ciblant le bouc émissaire en la personne représentant une quelconque autorité ; l'élu bien sûr, mais aussi le gardien d'immeuble vécu comme responsable. L'éloignement des centres de décision, l'opacité des structures sont bien entendu au centre de la problématique.

C - Il y a aussi les rencontres occasionnelles sur les terrains de sport, ou tout simplement dans la rue. Il me semble alors que la souffrance exprimée, dans ces brefs contacts individuels, prend la forme du cri de colère qui ne sait pas dépasser le stade de la dénonciation. Souvent, celles et ceux qui disent « tiens, je voudrais bien vous voir » n'arrivent pas à franchir le seuil des permanences. Un peu comme si la vigueur de l'interpellation était de nature à alléger l'angoisse, un peu comme si on trouvait là enfin une preuve de son existence.

A ces rencontres quotidiennes avec la souffrance psychique, j'ajouterai les moments exceptionnels de forte tension :

- Une classe incendiée : ce sont des enfants, des parents et des enseignants qui sont sous le choc d'un acte jugé d'autant plus abominable qu'il touche l'enfant ;
- Le braquage de Tain l'Hermitage : braquage d'une poste par 4 voyous givordins, violente prise d'otages, 1 voyou tué. 2 jours après, réactions violentes d'une cinquantaine de délinquants qui, en plein jour, font brûler plus de 20 voitures.
- VMC : Usine berceau du groupe BSN et 1^{ère} verrerie construite en France, menacée de fermeture depuis 6 mois. Pourtant l'usine fait des bénéfices, le taux de rentabilité est de 15% dans un marché en progression. Malgré cela, quelques actionnaires financés par des fonds de pension américains exigent la fermeture car la rentabilité serait supérieure sur le marché boursier.

Dans ces différents moments, l'incompréhension domine avec un fort sentiment d'injustice, de ras le bol, voire de dégoût.

Les différents réseaux de partenariat sont d'autres lieux de rencontre avec la souffrance psychique. A Givors, nous disposons d'un Conseil Local de Santé Mentale qui réunit tous les acteurs qui, de près ou de loin, s'intéressent à la santé mentale. Il y a également les différentes actions de recherches et les groupes de travail sur des sujets particuliers, tant il est vrai que la souffrance peut se manifester de façon différente. Dernièrement, une recherche sur le diabète a montré un taux anormalement élevé de diabétiques dans cette ville, ou encore cette étude montrant un taux de suicide plus élevé que la moyenne nationale chez les hommes de 65 à 74 ans.

Comment entendre cette souffrance, comment la prendre en compte sont évidemment des questions incontournables, mais d'une extraordinaire complexité.

Je n'aborderai pas la souffrance psychique inhérente à la maladie mentale et nécessitant une réponse médicale et psychiatrique. Les praticiens et les outils existent pour répondre à cette question de santé publique, ils mériteraient de mon point de vue des moyens accrus. Il semblerait judicieux d'éviter la multiplication des lieux pour au contraire conforter les outils existants.

La souffrance d'origine sociale a certainement aussi besoin d'un travail psychique pour aider à restaurer la personne. Pourtant il me semble important de ne pas apporter que des réponses de ce type à des questions qui relèvent de la misère sociale. Il est évident que les difficultés de vie ne peuvent pas être réglées qu'à coup de soins psychiques. Soins nécessaires bien sûr, mais pouvant, si l'on n'y prête garde, camoufler les véritables dimensions politiques et sociétales. Pour résumer, je pense qu'il ne suffit pas de qualifier de souffrants des publics qui subissent les effets d'un monde dominé par les inégalités pour être quitte avec la souffrance psychique.

Pour un élu, entendre la souffrance psychique, la prendre en compte, c'est bien sûr écouter (souvent c'est déjà beaucoup) mais c'est aussi donner en s'impliquant. Je plaide pour une empathie active plutôt que pour une compassion passive.

Un courrier envoyé à un chef d'entreprise, une lettre rédigée pour l'obtention d'un logement sont des actes posés (même si le résultat est aléatoire). Des actes vécus positivement non pas pour la démarche mais car ils montrent que chaque personne est digne d'intérêt et peut faire l'objet d'attention.

Pour le braquage de Tain l'Hermitage, la mort du jeune givordin et les 20 voitures brûlées, il a fallu rapidement permettre l'expression de la souffrance en donnant la parole pour libérer les angoisses et les peurs :

- Un conseil municipal extraordinaire où plus de 300 personnes sont venues témoigner
- Un travail de dessin a été demandé à tous les enfants de chaque école de Givors et affiché au Centre ville
- Un rassemblement de protestation rassemblant 1000 personnes où chaque communauté a pu exprimer ses souffrances.

Autre exemple:

Le 9 avril, le directeur des ressources humaines de BSN téléphone en mairie et m'annonce la fermeture décidée et programmée pour la fin de l'année de la verrerie de Givors : 8 mois pour balayer 150 ans de présence, 317 emplois, 10 millions de Francs de taxe professionnelle et plusieurs dizaines de PME travaillant en sous-traitance. Une usine installée depuis 1850 dans une ville, cela crée une atmosphère particulière. Il n'y a pas une famille givordine qui n'a eu un père, un frère, un cousin ayant travaillé, ou travaillant dans cette entreprise.

L'annonce de la fermeture a provoqué une onde de choc qui a largement dépassé le cadre des salariés de l'usine. La réponse à la souffrance a pris plusieurs formes :

- Création d'un comité de soutien autant pour faire reculer la direction que pour laisser exprimer la souffrance à travers l'agir ;
- 90 actions recensées à ce jour soit 4 par semaine ;
- Création d'un projet alternatif montrant qu'il est possible d'envisager le développement économique et industriel, plutôt que de céder à la logique boursière et qu'il est moins cher économiquement et socialement de construire que de casser ;
- Plusieurs manifestations de rue.

Il est intéressant de noter que l'intervention de l'infirmière d'entreprise sollicitant la création d'une cellule psychologique s'est heurtée à un refus catégorique de la part des salariés qui disaient « ce n'est pas nous qui sommes fous, les fous sont ceux qui veulent fermer une usine rentable. » ou « faire venir des psy, c'est vouloir casser le mouvement de résistance. »

Dans tous ces exemples, la souffrance est entendue mais la réponse est souvent calquée sur le mode de l'intervention et de l'agir. L'aspect militant n'aura échappé à personne, comme l'aspect collectif de la réponse.

Savoir comment articuler l'individuel et le collectif, afin d'enrichir nos interventions réciproques, voilà une question qui mériterait d'entrer de plein pied dans le réel. Dépasser les cloisonnements est une nécessité mais ce n'est pas la seule.

Travailler en partenariat et en réseau est une réponse mais sans moyens supplémentaires, il est difficile de dépasser le stade de la bonne volonté.

Quelqu'un ce matin parlait de la proximité en expliquant que, souvent, il fallait réparer au niveau local des orientations prises ailleurs, on pourrait aussi rajouter l'absence d'orientation prise.

C'est une appréciation que je partage car je ne pense pas qu'il puisse y avoir de nouvelles étapes de la décentralisation sans choix politiques forts pour que le local ait les moyens d'assurer sa mission.

Cette série de constats et d'actions pourrait largement être complétée, mais montrerait-elle autre chose que cette souffrance est induite voire produite par une société qui, dans le même mouvement, sur-médiatise certains Hommes et événements tout en ignorant superbement une grande partie des autres ?

Comment ne pas souffrir quand on sait que l'on ne sera ni reconnu ni entendu ? Poser la question de la sorte c'est évidemment poser la question des victimes. Où sont-elles et qui sont-elles ?

Comment les choses se passent-elles ?

Parler de victimes pour ceux qui subissent les actes et de victimes pour ceux qui les génèrent est complètement inaudible pour la plus grande majorité de la population.

Oser dire que la délinquance est un effet dramatique de la crise soulève immédiatement un tollé dans l'assistance. « Vous continuez à les protéger », « le chômage n'explique pas tout », « ils ont tous les droits », évidemment sous entendu le lien entre délinquance et immigration. Si l'on n'y prend garde, ces propos poussent à une logique sécuritaire, à un glissement idéologique, ciblant là aussi des boucs émissaires. Il faut généralement expliquer largement que comprendre une situation ce n'est pas excuser et cela n'empêche pas le recours à la police et la justice quand il n'y a plus de médiation possible.

Alors que faire ?

Les élus locaux ont aujourd'hui la lourde responsabilité du vivre ensemble dans les cités. J'aime bien associer l'image du travail des élus à celui des cousinettes qui, chaque jour, raccommodent le tissu social que d'autres s'ingénient à déchirer.

Et j'aime bien dire également que ce travail se fait sans réels moyens et sans que les élus disposent de réelles compétences. Quand l'élu local remplace le curé, quand il remplace l'autorité défaillante de certains parents, quand on lui demande de régler des problèmes qui ne relèvent pas de ses compétences, il se pose inévitablement la question des limites objectives de son intervention.

Des réponses sont apportées à la marge (trouver un logement, dénicher un emploi...). Actions, Ô combien nécessaires, mais qui peuvent se comparer à l'efficacité qu'aurait un médecin s'il soignait une varicelle bouton par bouton.

Sans pessimisme aucun, je suis de ceux qui pensent qu'il convient de faire plus vite et plus fort pour saper les bases qui induisent la souffrance psychique et de le faire en donnant réellement les moyens à ceux qui agissent sur le terrain.

Avant de terminer, je voudrais aborder deux aspects que je n'ai pas pu aborder dans ces quelques exemples.

Le premier concerne le rapport au temps. Quand un élu présente un projet, il n'a pas la même vision du temps que le technicien qui l'a produit et tous deux sont en complet décalage avec celles et ceux qui ont besoin de réponses immédiates, car ils ne vivent que dans l'agir et le moment présent.

Il y a quelques mois, nous avons mis en place un dispositif d'aide à l'insertion pour un public en grande difficulté. L'idée était simple : agir avec et pour la trentaine de jeunes qui génèrent mal vivre et sentiment d'insécurité.

Ce projet novateur a mis plusieurs longs mois avant de voir le jour, plusieurs longs mois où chaque jour l'interpellation se faisait plus pressante et insistante. Comme s'il suffisait de dire pour que cela se réalise, mais aussi nous avons pu pointer les réelles difficultés à mettre en œuvre des projets innovants car répondant à la réalité du terrain et non pas à des grilles décidées nationalement.

Le deuxième aspect concerne certaines traductions des souffrances psychiques : la dépendance à l'alcool et à la drogue, et l'agressivité contre les autres et contre soi étant les plus courantes.

Mais on constate également des maux particuliers pour certaines communautés et une vision idyllique d'un passé et d'un pays pourtant jamais connu sinon à travers les souvenirs (parfois déformés) des plus anciens.

L'exemple de jeunes filles d'origine algérienne est significatif de l'écart qui peut exister entre l'imaginaire et la réalité.

En réunion partenariale, nous nous sommes rendus compte que ces jeunes femmes évoquaient la contraception comme elles l'imaginaient dans le pays et à l'époque de leurs grands-parents, dans une étrange distorsion du temps et de l'espace.

Nous sommes allés en Algérie en Février, nous avons rencontré médecins et gynécologues, ce qui a permis aux médecins givordins d'expliquer la réalité et ainsi mieux faire appréhender le rapport à la contraception ici, en France.

Pour terminer, je voudrais vous remercier de cette invitation. Vous remercier car je pense que ce type d'initiative est de nature à nous aider collectivement.

Car il ne suffit pas de répéter « travail en réseau et travail partenariat » pour, qu'enfin une véritable coopération s'installe.

Il y a de partout des cloisonnements étanches, des attitudes rigides et des chapelles admirablement isolées.

Donner du sens et de la cohérence à notre action nécessite d'une part des choix politiques affirmés et d'autre part de bousculer des habitudes et des réflexes dépassés. Ce n'est pas simple, mais absolument nécessaire, même si pour certains cela peut générer une certaine dose de souffrance psychique.

ANNEXE 3 – 3

<p style="text-align: center;">COMMISSION EXTRA MUNICIPALE EN VUE DE L'INSERTION DU HANDICAP PSYCHIQUE AU SEIN DE LA CITE</p>
--

Docteur Nicolas LALAUX, P.H. Tourcoing

Toute société, quelle qu'elle soit, doit s'investir dans les populations en difficulté ou défavorisées afin de permettre à ce que le respect des valeurs de l'Homme, puissent être conservées.

Un travail de réflexion sur l'insertion des personnes souffrant d'un handicap psychique au sein de la Cité a été entamé.

L'idée globale est de favoriser l'insertion du handicapé mental ou autrement dit, l'insertion des malades souffrant de pathologies psychiatriques ou psychiques, au sein de la Cité ou de la société en général.

Pour permettre aux besoins d'autonomie et d'intégration et de citoyenneté des personnes handicapées psychologiquement, nous estimons indispensable que ces personnes soient mises en situation de participer pleinement à la maîtrise de leur vie par une position d'écoute et de soins effectifs ou sous formes diverses à tous les niveaux de réflexion, de concertation et de décision.

Chaque Etablissement ou Industrie accueillant des malades mentaux, doit être incité dans le cadre d'un projet à établir sous forme d'une Convention, à sensibiliser le respect, l'écoute et les réponses adaptées à d'éventuels troubles du comportement qu'ils pourraient manifester.

La création d'une commission extra-municipale a été réalisée le 22 décembre 2002 en partenariat avec Monsieur Claude DEMOUSTIER, Adjoint à la Santé à la Mairie de TOURCOING.

Le Comité de Pilotage constitué par Monsieur Alain BRESSY, Magistrat, Juge de la Détention et de la Liberté, au Tribunal de Grande Instance de LILLE et par moi-même, permet de réaliser actuellement un travail de réflexion avec des partenaires psychiatriques (secteur 59G16, 59G17, 59G18, 59I03, le Centre Collaborateur OMS (EPSM Lille Métropole d'Armentières), l'UNAFAM (Monsieur ESCAIG), des élus politiques des Mairies de Roubaix (Dr TITRAN C.A.M.P.S. de Roubaix), ainsi que la Mairie de Wattlelos (Dr DELANNOY) et le réseau associatif d'aide aux malades mentaux (A.T.I., UNAFAM [Monsieur ESCAIG], Relais Soleil). Cette commission d'insertion s'attache à développer les alternatives à l'hospitalisation, à dé-stigmatiser la place des malades mentaux dans la société telle que le définit la charte signée entre le comité consultatif de l'O.M.S. et l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'EPSM LILLE METROPOLE en 2001.

Un travail de partenariat nous semble hautement intéressant afin d'évaluer les besoins et de mieux coordonner les efforts entre les différents acteurs de Santé Mentale.

Notre souhait est de dé-stigmatiser l'image du malade mental, comme selon l'axe défini par Bernard KOUCHNER au Conseil des Ministres du mois de Novembre 2001.

Une rencontre avec Monsieur DUNOYER, Inspecteur d'Académie de la Région du Nord Pas de Calais, nous a permis de créer une sous-commission relative aux problèmes de violences et de troubles du comportement survenant dans les Collèges et Lycées de nos secteurs. Dans cette perspective, nous devons très prochainement créer deux autres sous-commissions avec les responsables des forces de l'ordre ainsi que des sapeurs pompiers. Une association d'usagers devrait quant à elle se créer au mois d'avril 2002. Monsieur Yvan RENAR, sénateur, président du Conseil Général du Nord Pas de Calais, nous a grandement encouragé dans cette démarche en nous mettant à disposition le Frénoy, Centre Culturel de la Ville de Tourcoing, pour la réalisation du Forum de la Commission extra-municipale. La date de ce forum ouvert au Public est fixée pour le mois d'octobre 2002. En ce qui concerne les suicidants, un réseau de prévention des comportements suicidaires qui lie les psychiatres de secteur aux professionnels de terrain (assistants sociaux, éducateurs, médecins généralistes...) nommé CHAINE DE VIE (Docteur THEVENON) permet dans le cadre de l'étroite collaboration des deux secteurs une réponse la plus adaptée possible.

Les grandes lignes qui se dégagent déjà du travail effectué sont :

- 1) Pas de clivage entre la prise en charge des mineurs ou des majeurs. Les préoccupations des professionnels des deux secteurs se rejoignent. Si beaucoup de questions se posent sur cette différenciation, l'un des objectifs de ce travail est de stopper ce clivage de la société, qui compartimente le handicapé psychique en fonction de son âge sans prendre en compte les déterminants sociaux tels que l'habitat, les ressources.
Faire tomber les murs de l'Institution, rassembler les partenaires pour échanger et harmoniser le travail, mener des stratégies longues d'accompagnement à la vie, sans déposséder les gens de leur liberté et de leur intimité.
- 2) Définir plus précisément ce qu'on entend par insertion du handicapé psychique. Pour ce point, il s'agira plus d'un travail culturel à faire, le but étant de faire accepter la différence.
Pour ce faire, le forum n'est qu'une étape. Après un premier temps de réflexion des professionnels, cette réunion ouverte devrait permettre au public d'améliorer, de changer, de transformer l'image de la personne handicapée psychique, afin d'avoir un autre regard ; et permettre aux usagers d'apporter leurs propres remarques, critiques et propositions.
L'aboutissement pourrait être la création d'une association d'usagers.

ANNEXE 3 – 4

PERTINENCE DE CONSEILS DE SECTEUR OPERATIONNELS DANS NOTRE DISPOSITIF SANITAIRE

AVANT PROPOS

Un groupe de travail composé de représentants des usagers, des professionnels et de l'Administration (liste en annexe 11) s'est réuni à Paris au cours de l'année 2001 pour préciser de façon pragmatique ce qui serait de nature à *faciliter la mise en œuvre des Conseils de Secteur*, compte tenu de l'intérêt de cet outil pour une organisation au plus près des besoins de la population, de notre dispositif de prévention, de soins, de réinsertion et des divers accompagnements dans la cité (outil apte à prendre en compte les évolutions, notamment en matière de territorialité).

Ce document présente les propositions validées par tous les membres du groupe de travail, propositions qui s'inscrivent dans la dynamique communautaire du Plan Santé Mentale 2001 et dans la perspective d'élaboration des prochains Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

La Roche-sur-Yon, le 28 février 2002

*Docteur Yvan HALIMI
Vice-Président de la Conférence Nationale
des Présidents des C. M. E. de C. H. S.
Coordonnateur du groupe de travail*

PRÉAMBULE

1. A la condition d'être actualisé, le secteur, en intégrant la dimension relationnelle du soin qui s'établit sur la continuité, la fiabilité et la sécurité, **a donné à la psychiatrie le moyen d'une thérapeutique efficace.**

- En effet, en psychiatrie, **la place de l'histoire et de la continuité**, que ce soit pour les patients, leurs familles, ou les institutions, a valeur organisatrice ; notre discipline étant définie comme une *discipline historique*, en ce sens que le soin vise toujours chez le patient, une réappropriation de son histoire.
- **Ce soin qui ne peut être assuré par une présence indifférenciée**, doit s'inscrire en termes de projet individualisé dans la continuité d'une histoire où le soignant, à la fois *ambassadeur de la réalité et garant de l'intime*, a une *interchangeabilité beaucoup plus faible que dans la plupart des disciplines médicales.*
- Tous les rapports (y compris le dernier des Docteurs Piel et Roelandt) sur notre dispositif de soins et de prévention ont souligné le **bien-fondé du cadre sectoriel pour promouvoir une dynamique vivante de travail en réseau**, réseau comprenant l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans la prévention, le soin et la réadaptation en santé mentale.
- **Le Plan Santé Mentale de novembre 2001 vient de conforter cette orientation** en précisant : « la réorganisation du dispositif de santé mentale en cours doit se poursuivre et viser l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins dans le respect des principes autour desquels a été construit le secteur psychiatrique » (p. 4).

- D'ailleurs, le secteur *n'est pas une exception française* ; l'affirmation de l'importance des soins ambulatoires sur la base d'un découpage géographique est en psychiatrie, une constante que l'on retrouve dans de nombreux pays, en Allemagne, en Angleterre, en Espagne, en Italie, dans de nombreux états des États-Unis...

2. Le Plan Santé Mentale constate toutefois que « la logique de sectorisation qui correspond à la mise en place d'une psychiatrie communautaire n'a pas atteint tous ses objectifs ». A cet égard, il souligne que: « l'évolution des attentes des usagers, la multiplication des troubles pour lesquels sont désormais sollicitées les équipes de psychiatrie ainsi que le nombre des personnes concernées, imposent de repenser la politique de santé mentale pour englober les besoins des personnes dans leur dimension sanitaire, sociale, familiale et professionnelle » (p. 4).

3. Cette actualisation du secteur passe en effet par :

- **un déplacement de son centre de gravité de l'hôpital à la communauté** (que le secteur soit rattaché à un hôpital spécialisé ou à un hôpital général) ;
- **son évolution d'une approche totale vers une approche globale.** Le secteur ne peut tout faire lui-même. Dans cette perspective, certes, des structures intersectorielles doivent venir compléter de façon cohérente cette cellule de base du dispositif, mais *l'enjeu majeur de cette évolution reste son ouverture plus large à la population qu'il dessert* en adaptant ses modes de fonctionnement et d'intervention, avec le souci constant d'une coordination efficace avec les autres acteurs du tissu sanitaire et social.

En effet la complexité de la discipline, par ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales, ainsi que la diversité des situations locales, nécessite que les outils de planification standardisés (accréditation, PMSI, etc) soient complétés par un éclairage contextuel de proximité.

- l'accent porté au-delà de sa dimension d'aire géographique sur sa dimension *d'aire de responsabilité, maillon local dans le processus de planification.*

4. Une dynamique de progrès visant à sortir la psychiatrie publique de son fonctionnement hospitalocentré doit faire du CMP le centre de gravité du dispositif de soins et de prévention en santé mentale, notamment pour les situations de crise où son action devrait contribuer à désengorger l'inflation galopante qui asphyxie les services d'urgence des hôpitaux généraux.

Dans cette perspective, **la mise en place fonctionnelle des conseils de secteur permettrait d'étayer le CMP dans ce rôle de porte d'entrée du dispositif de santé mentale** et de susciter des synergies positives entre le secteur, le reste du tissu sanitaire et social, et les usagers.

Elle s'inscrit dans la mise en œuvre conjuguée des axes 4 et 7 du Plan Santé Mentale

- *développer le partenariat entre acteurs de santé mentale (prévention, soins et réinsertion)*
- *organiser une offre de soins psychiatriques diversifiées graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale.*

Le rapport Joly dans ses conclusions en soulignait d'ailleurs l'intérêt avec force

« Dans cette optique, le Conseil économique et social estime indispensable la mise en œuvre effective et rapide du conseil de secteur (prévu notamment par la circulaire du 14 mars 1990). Ce conseil, dont la composition et les missions doivent être revues, doit rassembler, autour de l'équipe pluridisciplinaire, des représentants des acteurs sanitaires et sociaux sus-mentionnés. Réuni très régulièrement, il pourrait orienter la politique de prévention et de réadaptation en fonction du contexte local et permettre la mise en œuvre de synergies positives entre le secteur et le reste du tissu sanitaire et social... »

Le Conseil de secteur aurait un rôle essentiel à jouer pour définir ces besoins et préconiser la mise en place des réponses adéquates pour amener les malades à consulter plus tôt ».

5. ***Le travail de proximité des Conseils de Secteur viendra alimenter le fonctionnement des Conseils Locaux de Santé Mentale*** (prévus dans le Plan Santé Mentale à l'échelle du secteur sanitaire), leur évitant ainsi le risque de reproduire les dysfonctionnements qu'ont connus les Conseils Départementaux de Santé Mentale trop débrayés du travail de terrain.

Ainsi, la démarche articulera trois niveaux structurellement interdépendants

SECTEUR PSYCHIATRIQUE <=> SECTEUR SANITAIRE <=> RÉGION SANITAIRE

La prise en compte de ces éléments a amené les membres du groupe de travail à formuler les propositions suivantes :

1 - MISSIONS - OBJECTIFS

La mise en place d'un Conseil de Secteur est préconisée dans chaque secteur de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie au regard de la nécessité d'une instance opérationnelle de coordination à un échelon suffisamment proche des préoccupations des acteurs et usagers en santé mentale.

Il est important de bien situer le rôle des équipes spécialisées du secteur psychiatrique vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de santé et acteurs sociaux de la communauté. Bien évidemment, il n'appartient pas aux spécialistes de la psychiatrie de se substituer aux soignants auxquels a recours la population en raison de problèmes de santé mentale ni de médicaliser tout problème social ; il s'agit au contraire d'aider les autres intervenants à trouver face aux problèmes de santé mentale et dans leur rôle propre la meilleure attitude. Une partie de l'action des équipes de secteur est ainsi « médiatisée ». Il s'agit également de favoriser et accompagner l'initiative communautaire.

Inversement, il est indispensable que ces équipes reçoivent des informations sur la vie de la communauté et un retour de leurs actions permettant une évaluation.

Le secteur psychiatrique, en tant qu'aire géographique, est la meilleure base pour l'organisation de ces échanges et l'élaboration de programmes d'actions concertés sur le terrain. Les Conseils de Secteur en sont le moyen.

Outil de pilotage du secteur prenant en compte le contexte local dans les orientations des politiques de soin, de prévention et de réadaptation, **le Conseil de Secteur est une instance de concertation et de coordination** qui a pour mission:

1. De susciter une mise en cohérence et des synergies positives entre le secteur psychiatrique, le reste du tissu sanitaire et social, et les usagers, ***véritable réseau de santé mentale primaire*** satisfaisant aux besoins de la population desservie et aux priorités nationales et régionales de santé publique :
 - a) *en étudiant et en s'exerçant de résoudre les problèmes d'articulation, de coordination et de coopération entre ces divers acteurs dans leur partenariat de proximité (en éclairant les logiques des uns et des autres pour dépasser les a priori respectifs et lutter contre le cloisonnement existant entre les différentes filières de prise en charge, cloisonnement souvent induit par la dynamique particulière du processus morbide en pathologie mentale).*
 - b) *en mobilisant les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques, privées ou associatives (sanitaires, sociales et médicosociales) pour faciliter l'accueil et l'orientation des malades. Dans cette perspective, une attention particulière sera accordée à une bonne coordination psychiatre-médecin généraliste (le lien psychiatre-médecin de famille est en effet l'un des maillons essentiels d'une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie du patient).*
 - c) *en veillant à la couverture des besoins de santé publique pour que la population desservie bénéficie de réponses fiables adaptées à ses difficultés*

- soit par le dispositif du secteur
 - soit par les dispositifs complémentaires de structures intersectorielles (unités fonctionnelles, fédérations, départements)
 - soit par d'autres dispositifs sanitaires, de réadaptation, médico-sociaux ou sociaux.
- d) en s'attachant à cibler des objectifs prioritaires au regard des besoins de la population concernée en préconisant la mise en place des réponses adéquates, et les moyens à mettre en œuvre notamment pour les cas les plus lourds (depuis les structures d'hébergement jusqu'à l'accompagnement à domicile).
- e) en contribuant à une politique d'information de la population pour un meilleur accès aux soins et une dé-stigmatisation de la pathologie mentale.

2. D'étayer le CMP dans son rôle de porte d'entrée du dispositif de soins de santé mentale, notamment dans les situations de crise et de garantir l'indispensable continuité des soins (y compris par des soins à domicile), les secteurs de référence restant engagés même pendant les périodes où les patients ne les fréquentent pas régulièrement et veillant à la mise en place d'accompagnement et de soutien aux familles lorsqu'il sont nécessaires.

3. De contribuer par ses travaux au bon fonctionnement :

- d'une part du **secteur sanitaire**, niveau géographique pertinent de planification par le regroupement de plusieurs secteurs psychiatriques (niveau opérationnel intermédiaire entre l'échelon régional et le secteur psychiatrique) ; niveau d'organisation du Conseil Local de Santé Mentale ;
 - d'autre part **des réseaux de soins**, niveau intéressant dans des domaines de pathologie spécifiques ou de populations cibles, la couverture des trajectoires de soins de la population desservie, couverture à laquelle l'équipe de secteur apporte (à sa place) sa contribution en lien avec les autres partenaires du réseau concerné (prise en charge des suicidants, conduites addictives, personnes âgées, périnatalité, autisme, précarité-exclusion, etc ...).
- Pour ce faire, il participe aux travaux de la Conférence Sanitaire de Secteur et au Conseil Local de Santé Mentale où il est représenté ainsi que dans d'autres instances au niveau départemental et régional.
- Le Conseil de Secteur peut être consulté sur l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des équipements publics et privés intéressant la politique de santé mentale. Il émet des avis techniques et recommandations pour lesquels il est saisi ou de sa propre initiative. En mettant une perspective d'action dans une aire géographique, il facilite par ses travaux :
- la mise en œuvre d'actions de prévention dans une démarche de promotion de la santé pour la population concernée ;
 - l'élaboration du projet de service ;
 - tout projet d'équipement et de services relevant d'établissements sanitaires publics ou privés de santé mentale intéressant la population desservie ;
 - tout projet de création, extension, reconversion d'établissements médico-sociaux ou sociaux dans la mesure où ces établissements accueillent des malades ou des handicapés mentaux ou psychiques ;
 - toute convention entre partenaires sanitaires sociaux et médico-sociaux concernant la politique de santé mentale pour la population desservie ;
 - la production des informations, avis et propositions nécessaires aux travaux des instances de décision et de planification (projet de service, projet médical et projet d'établissement, SROS et carte sanitaire, agence régionale de l'hospitalisation) et la concrétisation sur le terrain des recommandations de ces instances ;

- *les études évaluatives, enquêtes épidémiologiques, de satisfaction des usagers, ou recherches-actions permettant de mieux appréhender la qualité et la fiabilité du dispositif de soin, de réadaptation et de prévention, les besoins à satisfaire et les moyens à mettre en œuvre.*
 - *La démarche qualité-accréditation où il joue un rôle essentiel par sa contribution au bon ajustement des réponses au contexte local.*
- Chaque année, le Conseil de Secteur établit un rapport retraçant le bilan de ses travaux et propositions et comprenant :
- a) *des indicateurs portant sur certaines zones sensibles et à haut risque de dysfonctionnement ;*
 - b) *un commentaire sur les évolutions positives et négatives du dispositif dans ses modalités de réponse (au regard des observations et recommandations déjà formulées par le conseil de secteur) ;*
 - c) *les dysfonctionnements à réduire en les hiérarchisant de façon prioritaire ;*
 - d) *une hiérarchisation au regard des besoins prioritaires de santé publique de la population desservie, des projets élaborés par l'équipe de secteur en indiquant les moyens nécessaires à leur mise en œuvre.*
- Le rapport annuel de secteur est présenté devant le Conseil de Secteur tous les ans et le projet de service tous les 5 ans (*ainsi qu'un bilan d'étape de ce projet après 3 ans de mise en œuvre*).
- Le Conseil de Secteur travaillera en coordination et concertation avec les services de l'État chargés de la santé, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et les collectivités territoriales.
- En outre, il sera l'interlocuteur du Conseil Local de Santé Mentale, du CROSS, des Conférences sanitaires de secteur, des instances du secteur sanitaire et des réseaux de soins intéressant la population qu'il dessert, des établissements de santé mentale et des établissements comprenant des secteurs de psychiatrie.

II. COMPOSITION

Le Conseil de Secteur est composé de 16 membres titulaires nommés par arrêté préfectoral, dont **6 membres faisant partie de l'équipe du secteur** et **10 membres assurant une fonction de référent pour le champ partenariat qu'ils représentent** (usagers - partenaires du champ sanitaire - partenaires du champ social et médico-social).

Il est ***présidé par le médecin chef de service qui est membre de droit et coordonné par un animateur de réseau***, cette fonction pouvant être confiée à l'un des membres de l'équipe soignante. Afin de susciter une mise en lien et une dynamique de cohérence (notamment dans la prise en charge des adolescents adultes jeunes et des enfants de parents souffrant de pathologie mentale), la fonction de coordonnateur sera utilement confiée au même animateur pour un secteur de pédopsychiatrie et pour les secteurs de psychiatrie générale correspondants (soit un animateur pour 3 à 4 secteurs). Dans le même esprit et dans la mesure du possible, certains représentants pourront être communs aux Conseils de Secteurs de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie.

Les membres du Conseil sont nommés pour 3 ans renouvelables par arrêté préfectoral et cessent d'exercer leurs fonctions lorsqu'ils cessent d'appartenir au groupe au titre duquel ils ont été désignés.

Le Conseil de Secteur de psychiatrie générale est composé par:

- ***2 représentants des usagers*** (FNAP-Psy, UNAFAM)
- ***4 représentants du champ sanitaire :***
 - *un médecin généraliste*
 - *un psychiatre libéral*
 - *un médecin du travail*
 - *un représentant du service des urgences*
- ***2 représentants du champ social et médico-social :***

- un représentant du service social de terrain désigné par le Conseil Général
- un représentant des établissements médico-sociaux
- **2 représentants du centre hospitalier de rattachement du secteur de psychiatrie:**
 - un représentant de la direction administrative
 - un représentant du secteur de pédopsychiatrie
- **6 représentants de l'équipe pluriprofessionnelle de secteur:**
 - le médecin chef du secteur
 - l'animateur de réseau
 - un praticien hospitalier du secteur
 - un cadre infirmier
 - un représentant des personnels infirmiers non cadres
 - un représentant des personnels non infirmiers (AS, psychologue...)

Le Conseil de Secteur de pédopsychiatrie est composé par:

- **2 représentants des usagers**
- **4 représentants du champ sanitaire :**
 - un médecin généraliste
 - un pédiatre
 - un médecin scolaire
 - un représentant du service des urgences
- **2 représentants du champ social et médico-social :**
 - un représentant du service social de terrain désigné par le Conseil Général
 - un représentant des établissements médico-sociaux
- **2 représentants du centre hospitalier de rattachement du secteur de psychiatrie:**
 - un représentant de la direction administrative
 - un représentant du secteur de psychiatrie générale
- **6 représentants de l'équipe pluriprofessionnelle de secteur :**
 - le médecin chef du secteur
 - l'animateur de réseau
 - un praticien hospitalier du secteur
 - un cadre infirmier
 - un représentant des personnels infirmiers non cadres
 - un représentant des personnels non infirmiers (AS, psychologue...)

Le président peut à la demande des membres du Conseil de Secteur, appeler à siéger à titre consultatif pour l'examen de certaines questions toute personne ayant une compétence particulière ou dont l'audition est de nature à éclairer la réflexion :

- représentant une autre équipe de secteur ou une structure intersectorielle
- professionnels de santé, de service social, du secteur médico-social, de l'éducation nationale, services de justice, de police...
- élus (maires, conseillers généraux...)
- organismes d'assurance-maladie
- associations concernées par un problème particulier
- acteurs du champ culturel ... etc

III. FONCTIONNEMENT

Le Conseil de Secteur se réunit au moins 3 fois par an sur convocation de son président qui établit l'ordre du jour à partir des questions formulées par les membres du conseil et les instances extérieures. Il est rédigé un

compte-rendu de séance remis aux membres du conseil. L'un des membres de l'équipe du secteur est désigné pour assurer le secrétariat, un autre membre assurant l'animation du travail en réseau indispensable au bon fonctionnement du conseil de secteur (cette fonction pouvant être confiée à un animateur de réseau dans le cadre des nouveaux métiers en santé).

Le Conseil de Secteur délibère valablement lorsque 8 de ses membres sont présents. En cas d'égalité des suffrages la voix du président est prépondérante.

Une fois par an le Conseil de Secteur organise en étroite association avec les élus à l'intention de la population concernée un forum citoyen contribuant à l'information des usagers sur leur dispositif de soin et de prévention, à leur participation à son amélioration et à la dé-stigmatisation de la maladie mentale en faisant évoluer ses représentations.

A l'occasion de ce forum, auquel seront conviés l'ensemble des partenaires du secteur concernés par la santé mentale, seront présentés le bilan annuel et les projets du secteur, une autre partie de la réunion pouvant être consacrée à un débat sur des problèmes de santé plus ciblés ou, dans le souci d'une plus grande lisibilité facilitant l'accessibilité, à une présentation à la population du dispositif du secteur.

Le Conseil de secteur peut désigner pour l'exercice de ses missions des *rapporteurs* en son sein et organiser des *commissions de travail* autour de domaines particuliers.

Les membres du Conseil de Secteur sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par l'article L 378 du code pénal.

IV. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE FINANCEMENT

La mise en œuvre des Conseils de Secteur sera intégrée dans le volet psychiatrique des SROS de 3^{ème} génération qui en garantiront le fonctionnement par l'attribution d'un financement spécifique.

Ce financement devra nécessairement comprendre notamment :

- *le traitement et les charges sociales de l'animateur de réseau dont le statut devrait être précisé dans le cadre de la réflexion sur les nouveaux métiers en santé mentale ;*
- *un temps de secrétariat ;*
- *des frais de fonctionnement (frais de déplacement particulièrement) ;*
- *la mise à disposition de locaux comprenant toutes les charges afférentes ;*
- *la prise en charge de la participation des praticiens libéraux par une compensation financière adéquate ;*
- *la prise en charge de la participation des usagers.*

La mise en place des Conseils de Secteur vient en outre s'inscrire dans la promotion du travail en réseau que souligne le plan santé mentale : « *la promotion du travail en réseau est une action importante de l'adaptation de l'offre de soins en permettant de rendre complémentaires et coordonnées les actions menées par les différentes institutions composées elles-mêmes de professionnels différents (médecins généralistes, pédiatres, psychologues, psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux et éducatifs ...). L'amélioration des modalités de financement des réseaux (par les ARH et les URCAM) est d'ores et déjà intégrée dans le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette disposition permettra d'accompagner, dès 2002, la mise en œuvre des réseaux de santé mentale dans une perspective ville / hôpital et santé / social* » (p. 41).

V. EVALUATION DU DISPOSITIF

Tous les 5 ans, une évaluation nationale du fonctionnement des Conseils de Secteur permettra de faire évoluer cette instance dans ***le souci constant d'élaborer une politique de santé toujours plus près des besoins de la population.***

ANNEXE 4

Boite à outils pour le fonctionnement des réseaux

Le problème des réseaux est d'inciter à faire, plutôt que de décréter et de provoquer un rejet.

La notion de réseau ne peut être que **précaire**. Chacun doit être dans sa compétence. Le réseau est le décloisonnement mis en action dans la cité, ouverture à l'autre, hors filière spécifique. L'accès à la culture des personnes exclues, handicapés physiques, mentaux et sociaux est fondamental (Y. Buffet, M. Lemasson).

Le consentement libre et éclairé passe par une information claire, juste et adéquate (P. Morin).

Les ingrédients d'un réseau de soins coordonné (extrait d'un article de F. GRÉMY [20/2/96] publié par l'UNAFORMEC)

Il faut chercher à se faufiler entre ces deux illusions : rechercher la possibilité de structures organisées, de taille significative, mais respectueuses de tous les enjeux psycho-sociaux dont l'expérience a montré l'importance : le respect maximal de l'autonomie de chacun.

Voici les ingrédients que je propose :

1. Un groupe d'objectifs cohérents bien définis, soit en termes de résultats, soit en termes de procédures (qualité technique, accessibilité, continuité, sécurité) ;
2. Un territoire ou une population-cible, eux aussi définis ;
3. Sur ce territoire, une répartition adéquate des moyens pour respecter les exigences de proximité ;
4. Dans les trajectoires, prise en charge globale des patients, dans deux sens : sur le plan synchronique, prise en compte coordonnée et simultanée de ses besoins somatiques, psychiques et sociaux ; sur le plan diachronique, interventions de prévention, de soins curatifs et de réhabilitation.
5. Il semble important que chaque patient ait un référént dans le réseau, qui soit plus précisément chargé du suivi et de la coordination de sa trajectoire. Il y a tout intérêt à ce que celui-ci se trouve à proximité du patient. Dans la majorité des cas, ce devrait être le rôle du généraliste. En gérontologie, on peut penser à un infirmier ou un travailleur social. Dans les cas d'un suivi très technique, ce peut être un médecin hospitalier.
6. Les membres du réseau n'y appartiennent que sur la base du volontariat.
7. Le réseau doit faire travailler en partenariat toutes les catégories de professionnels nécessaires pour la réalisation des objectifs de la prise en charge globale des patients, telle que définie ci-dessus. Dans le cas le plus complet, on trouve : des médecins hospitaliers, des médecins de ville, spécialistes ou généralistes, des professionnels médicaux à compétences limitées, des infirmières hospitalières ou de ville, des techniciens paramédicaux, des travailleurs sociaux, des administratifs, etc.
8. Les partenariats doivent concerner aussi des établissements ou des institutions (hôpitaux publics, cliniques privées, laboratoires, centres médico-sociaux, PMI...) mais aussi des « décideurs », au sens classique (conseils généraux, municipalités, services centraux de l'Etat, caisses d'assurance maladie, mutuelles...).
9. Bien entendu, les professionnels concernés et les institutions seront choisis selon le problème de santé à résoudre. Par exemple, le poids de l'hôpital sera grand dans un réseau destiné au suivi des malades transplantés, mais beaucoup plus modeste dans un réseau de gérontologie.
10. Autant qu'il est nécessaire, la participation au réseau de la population ou des malades concernés doit être envisagée, pour introduire la dimension de santé communautaire.
11. Ceci suppose, de la part de chaque partenaire, la reconnaissance vraie de la limite de ses propres compétences, l'acceptation de la délégation, et l'application stricte de la subsidiarité. Les liens hiérarchiques seront aussi faibles que possible, sans être tout à fait abolis. Un réseau important doit être coordonné, par des personnes ou des instances chargées de cette tâche. Un réseau doit se doter de moyens de fonctionnement démocratiques. Il doit se donner aussi les moyens d'une bonne gestion.
12. Il doit être organisé au moyen de conventions ou contrats entre les différents partenaires, celles-ci ne les engageant que pour un temps limité, et le renouvellement n'est pas automatique.
13. Parmi les éléments du consensus, les pratiques professionnelles doivent obéir à des règles acceptées par tous : guidances, procédures ou protocoles selon les cas. Les écarts sont bien entendu possibles, mais doivent pouvoir être justifiés.
14. Tout réseau impose la mise en place d'un système d'information. Celui-ci, au minimum, doit permettre un suivi correct de chaque patient ; au mieux, il doit permettre aussi d'identifier et d'évaluer les filières de soins, et doit contribuer à la démarche qualité et à l'évaluation globale du réseau.
15. Le bon fonctionnement d'un réseau suppose une fonction importante de gestion. Ceci implique un rôle décisif pour les administrateurs de la santé. Mais il faut qu'ils acceptent les principes du management de proximité. La formation est une des composantes majeures d'un réseau. L'objectif est que chacun ait acquis le savoir et le savoir-faire nécessaires à la place et à la responsabilité qu'il est censé avoir dans le réseau. Ainsi, dans un réseau VIH, ou dans un réseau grossesse-naissance, le généraliste doit avoir les qualifications nécessaires, ce qui veut dire parfois les acquérir s'il ne les a pas reçues à la Faculté ou de la formation continue post-universitaire.

16. Le caractère temporaire des réseaux doit être un incitatif puissant à la pratique de l'évaluation globale et de la recherche permanente de la qualité. Cette évaluation devrait se faire sous la forme de l'audit de structure, et le moins possible sous celle du contrôle des personnes.
17. L'argent est le nerf du réseau. Un réseau ne peut fonctionner que s'il dispose d'un financement global, stable, et suffisamment incitatif pour entraîner des adhésions. Pour ce qui concerne les médecins et les paramédicaux, on ne peut que renoncer au paiement à l'acte exclusif. Dans nombre de cas, le paiement à la procédure (ensemble coo r-donné d'actes) ou à la capitation semblent la solution la plus adéquate.
18. Les rapports du réseau avec les pouvoirs publics sont nécessaires, dans la mesure où les finances sont d'origine publique, et où la santé publique, et par conséquent l'organisation des soins, relèvent de la mission régaliennne de l'État. Toutefois, les pouvoirs publics doivent eux aussi reconnaître la limitation de leurs compétences. Ils doivent renoncer au pouvoir de contrôle (contrôle des personnes, contrôle de gestion, contrôle formel a priori). Dans la mesure où ils financent, ils sont en droit d'indiquer le cahier des charges qu'ils demandent au réseau de satisfaire. Il appartient ensuite au réseau de trouver lui-même, et de proposer, l'organisation et la répartition des compétences qui permettent d'atteindre les objectifs. Cette organisation dépendra des conditions locales (géographie, rapports de pouvoir, poids social et influence des personnes...) et ne peut en aucun cas être définie a priori. Si l'organisation proposée obtient le consensus des membres du réseau, si elle semble compatible avec les objectifs proposés, et si elle semble raisonnable, le financement peut être accordé pour une durée limitée, pas forcément annuelle.
19. L'organisation en réseaux ne se présente pas comme une solution exclusive du système actuel. Au contraire, elle pourrait être immergée dans celui-ci : les médecins et les malades auraient le choix de rester dans celui-ci ou d'essayer les formules nouvelles. Puis, ils pourraient remettre en cause leur choix initial. De plus il serait mauvais que, dans une région donnée, un seul réseau ait le monopole d'un type d'activité. La coexistence et la « concurrence » de plusieurs réseaux, selon la suggestion de M. Launois, serait tout à fait préférable.

1. La phase initiale

1.1 Conditions préalables à la constitution d'un réseau

Un réseau doit obligatoirement avoir défini les points suivants :

(1) Un statut juridique

On a vu plus haut que le réseau, aux termes de la loi, peut prendre toute forme d'organisation « à but non lucratif », c'est-à-dire : association de type « loi de 1901 », groupement d'intérêt public ou d'intérêt économique ou réseau coopératif de santé. Il peut naturellement être une structure de fait, mais l'absence de personnalité juridique l'empêche alors de prétendre à une subvention publique.

(2) Des objectifs communs à ses membres

- concourir à une prise en charge globale des personnes
- articuler les prises en charge médicale, sociale, médico-sociale et psychologique
- améliorer l'efficacité de ces prises en charge et la prévention de situations à risque : si les réseaux de santé mentale doivent être une réponse à la dés-institutionnalisation, il importe que la population des personnes handicapées psychiques soit clairement indiquée comme l'un des objets prioritaires de la prise en charge effectuée par les réseaux : « Il s'agit de gérer l'ingérable, le mécontentement inévitable des usagers devant les effets des maladies psychiques ». Les réseaux de santé mentale devront prendre en compte l'insatisfaction que génèrent obligatoirement les pathologies graves qui durent, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes. Le partenariat s'apprend principalement avec des professionnels qui connaissent l'intensité de la souffrance psychique aussi bien au niveau de la personne que pour ses proches.
- améliorer la qualité des prises en charge par les intervenants, en s'appuyant sur quelques indicateurs de résultats soigneusement choisis

(3) Un champ d'intervention défini

- un seul thème fédérateur, plusieurs applications possibles,
- un territoire géographique fonction des moyens que le réseau s'est donnés pour communiquer (maximum actuel : un département entier, après sept ans d'évolution),
- une analyse de la concurrence éventuelle entre réseaux voisins, travaillant dans le même champ et ses conséquences favorables ou défavorables sur la qualité des soins.

(4) Une organisation interne

- la pluriprofessionnalité obligatoire (au moins trois professions : médicale, paramédicale, sociale),
- un nombre de professionnels minimum à évaluer selon les conditions locales, suffisant pour qu'ils ne constituent pas un alibi de pluriprofessionnalité,
- un engagement de qualité par la signature d'une charte précisant les droits et devoirs des adhérents vis-à-vis des usagers et de leurs partenaires, notamment en matière de lutte contre la douleur¹.

(5) La place des usagers

Ils doivent être au centre des préoccupations du réseau, sous des formes évolutives, au fil du temps et de leur investissement :

- en tant que patients au début,
- en tant qu'usagers sujets de droit ensuite,
- enfin, en tant que partenaires dans la détermination des besoins à combler et des stratégies pour y parvenir.

(6) Les moyens que se donne le réseau

- Un **animateur** ou un coordinateur de réseau², qui n'est pas le médecin-chef du secteur mais bien plutôt un professionnel ayant ce type de compétence (ingénieur réseau par exemple) et qui assure une coordination structurée (au moins une personne identifiée à temps partiel) ;
- Une participation de réseau au conseil local de santé mentale qui définit les besoins de la population
- Une **formation continue** trans-professionnelle (formation croisée) ;
- Une **sécurité des communications** interprofessionnelles (charte du secret professionnel) ;
- Un **système d'information propre**, permettant grâce à un outil informatique sécurisé, l'échange d'informations confidentielles par tous les partenaires identifiés.

(7) Cadre de communication (conventions, participation, financement...)

- Support garanti d'au moins une institution de poids local important (collectivités territoriales, assurance maladie, associations).
- Mise en place d'un pluri-financement garant du fonctionnement pérenne du réseau et de son insertion dans le tissu local.
- Inscription dans le SROS

(8) Suivi et évaluation

Sauf exception, l'évaluation est fonction du financement de l'État. Il est possible qu'il n'y en ait pas. Dans ce cas, il faut mettre le réseau en rapport avec une structure de santé publique qui puisse l'y aider (ORS, chaire de santé publique universitaire, DIM hospitalier, CDES ou CRES, échelon régional du contrôle médical de la sécurité sociale).

1.2 Une prise de conscience individuelle et collective

Un réseau ne peut être une construction *ex nihilo*, volontariste ou artificielle, mais doit résulter d'une prise de conscience individuelle, car ne s'investiront dans le réseau que ceux qui y trouveront un intérêt

¹ La charte de l'usager en santé mentale peut constituer un point de départ pour l'élaboration d'un tel outil

² Cf. Le diplôme d'études supérieures universitaires intitulé « Coordonnateur de réseaux sanitaires et sociaux » Université Aix-Marseille III.

par rapport à leur propre situation, et collective car il ne peut démontrer son utilité que s'il apporte un plus par rapport à un travail isolé. Cette prise de conscience peut et doit être aidée.

1.3 Un meneur local

Un meneur ou « porteur » local, identifié comme tel, est indispensable dans les débuts pour personifier le réseau et l'animer, au sens fort du terme. Il doit être légitime en tant qu'acteur par sa compétence, être légitimé par les partenaires et suffisamment présent dans la durée.

1.4 Des objectifs réalistes

Il est préférable de commencer par des **objectifs précis mais limités**, et donc par une structure de taille modeste. Ceci permet une appropriation plus facile par les partenaires. On ne peut passer au stade du complexe que lorsque les fondements sont assurés, ce qui implique la prise en compte du facteur temps. *A contrario*, l'ambition excessive, l'impatience sont contre productives.

Il est toujours préférable de **partir de l'existant**, d'agréger ou d'investir les expériences les plus efficaces. Ce qui évite de refaire ce qui existe déjà ou, pire, de le casser.

2. Les conditions du succès

Favoriser le dialogue et les synergies par des **formations communes ou croisées**. Les expériences relatées montrent en effet souvent une méconnaissance mutuelle des futurs acteurs du réseau, ainsi que des difficultés de communication. Ces formations peuvent être assurées par le réseau lui-même, les actions de formation elles-mêmes pouvant fort bien constituer un de ses objectifs fondamentaux. Mais elles peuvent aussi s'appuyer sur les nombreux dispositifs existants (Instituts de formation des cadres, IFSI, IRTS, universités, etc.) et être éligibles à des aides spécifiques. On citera par exemple des actions de formation mixtes entre filières de soins et médico-sociales dont la possibilité du financement est prévue par la circulaire relative aux « PRAPS 2³ ».

3. Réussir dans la durée

Eviter les deux écueils symétriques d'affadissement et de rigidification, et notamment les difficultés de succession d'une personnalité trop charismatique.

Veiller à ne pas « mélanger les genres », à ne pas vouloir faire à la place des autres, à respecter les compétences propres de chacun.

³ Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS), déjà citée.

ANNEXE 4 – 1

UNE PRATIQUE DE RÉSEAU DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL

1 Le contexte de l'action

L'expérience présentée ci-après a débuté en 1993 par une recherche-action sur l'étude des besoins en santé mentale sur le canton de Quettehou (Manche).

En fait, elle a résulté de deux événements initiaux plus précoces :

Premier facteur : la volonté au sein du secteur psychiatrique de Valognes (Nord-Est Cotentin) de promouvoir des pratiques de santé mentale innovantes, cohérentes par rapport aux demandes de l'environnement concerné, dans le cadre d'un travail en réseau. Cette volonté médicale **de vouloir répondre à des besoins exprimés et non supposés utiles** pour la population fut soutenue par la direction du C.H.S de Picauville et intégrée au projet d'établissement.

Deuxième facteur : une dynamique régionale de réflexion sur les pratiques psychiatriques dans le cadre de l'association PRISME (Pratique, Recherche et Information en Santé Mentale) créée en 1990 et qui tint son premier colloque sur la santé mentale à Picauville en 1991. Cette réflexion va être suivie sur Picauville de la création d'un groupe de travail PRISME sur « Santé Mentale et Lien Social » auquel participent des professionnels des secteurs psychiatriques de la Manche et en majorité du secteur de Valognes (50 G 03).

Cette Recherche-Action se développe donc sur le canton maritime et rural de Quettehou, sur la côte Est du Nord Cotentin. Ce canton est desservi par le secteur psychiatrique de Valognes, secteur 50 G 03, dont le médecin chef est le docteur Roland Haize.

Depuis 10 ans une politique volontariste et militante a bouleversé quelque peu les pratiques antérieures : création du premier C.M.P et du premier Hôpital de jour du C.H.S de Picauville en 1984. Cependant, au sein de cette équipe, des interrogations se faisaient de plus en plus pressantes sur :

- le vécu de ces pratiques « différentes » par l'extérieur de l'institution ;
- les modifications induites quant aux représentations tant de la psychiatrie que de la maladie mentale ;
- l'accessibilité aux soins ;
- les perspectives de changements et d'améliorations avec des réponses plus adaptées aux demandes des usagers en centrant la réflexion sur une dimension géographique de proximité : le canton.

L'association PRISME (pratiques recherches informations en santé mentale), outre une légitimation du projet, va apporter un savoir-faire avec notamment un animateur coordinateur et un groupe promoteur de 29 professionnels qui vont s'engager dans ce travail.

* **Les objectifs affirmés** étaient les suivants :

- 1- **évaluer les pratiques et les besoins en terme de santé mentale ;**
- 2- **améliorer au mieux les moyens d'intervention** mis à la disposition de la population, que ce soit en termes de prévention, de soin ou de suivi ;
- 3- **améliorer l'utilisation des ressources existantes**, que ce soit :
 - les ressources propres de la population ;
 - les ressources des acteurs de terrain ;
 - les ressources des différentes institutions.
- 4- **Améliorer le travail en partenariat**, c'est à dire « permettre d'associer les compétences qui se complètent ».

C'est ainsi qu'en s'appuyant sur le groupe promoteur de PRISME, une enquête est adressée à 62 acteurs de terrain, occupant des positions « socialement stratégiques » au regard des problèmes de santé mentale sur le canton de Quettehou, qui en fait pour nous des **personnes-relais**

- 6 travailleurs sociaux ;
- 6 professionnels paramédicaux ;
- 5 professionnels du milieu éducatif ;

- 12 médecins ;
- 15 élus ;
- 7 personnes « divers » (prêtre, gendarme, juge...).

vont accepter de nous accorder 1h 30, en moyenne, pour répondre à un questionnaire interview sur :

- les caractéristiques du canton de Quettehou ;
- les généralités sur les notions de psychiatrie et de santé mentale ;
- les pratiques de terrain et les problèmes de santé mentale ;
- le dispositif du service public de santé mentale et les modes de relation avec les acteurs de terrain ;
- les orientations et actions prioritaires en santé mentale pour le canton de Quettehou.

Cet entretien sera effectué par un binôme composé d'un membre de l'association PRISME, n'appartenant pas au secteur 50G03, susceptible d'apporter une certaine neutralité dans les échanges, et d'un professionnel de secteur psychiatrique de Valognes, pour faciliter l'identification et les liens de proximité avec les personnes relais.

Ce travail sert de base à un atelier de réflexion « échanger et changer » lors des rencontres régionales de PRISME en 1993.

2 Les résultats

- Pour toute recherche-action il convient de différencier deux niveaux d'enseignement :
- premièrement, les résultats en termes de production de connaissances ;
 - deuxièmement, les résultats en termes de dynamique.

En termes de production de connaissances :

Il existe un réel décalage entre les pratiques exercées par l'équipe de secteur et les représentations sociales de ces pratiques.

Pour mettre ceci en évidence, nous avons tenté de comparer la file active 1993 de notre secteur (qui correspond, dirons-nous, à l'objectivité des pratiques exercées) aux représentations et discours des acteurs de terrain.

Il en ressort :

→ Une hégémonie du soin :

- En effet, le soin, dans le sens de la « réparation », est pratiquement la seule et unique mission attribuée à l'équipe de secteur psychiatrique (2/3 des réponses). Cet aspect unidimensionnel des missions de la psychiatrie de secteur augmente d'ailleurs à mesure que la qualification médicale ou paramédicale de l'interlocuteur baisse.
- Les techniques mises en œuvre par l'équipe de secteur relèvent, elles aussi, exclusivement du soin, de la réparation (écoute, conseil, aide, accueil, hospitalisation, traitement chimio-thérapeutique, psychothérapies, placements...). Peu de prévention (moins de 1/3 des réponses) encore moins d'insertion et/ou réadaptation, puisque deux personnes seulement sur 51 interviewées ont identifié cette modalité de prise en charge, alors qu'il existe depuis 1984 un hôpital de jour de 20 places dont c'est la spécificité !

→ L'identification des structures ou services est très variable.

L'ensemble des personnes interviewées identifient bien les structures de soins caractérisées par les prises en charge à temps plein et notamment le C.H.S de Picauville qui représentait, il est vrai, encore 58 % de la file active 1993, mais qui fait surtout figure de « Maison Mère » et pour certains encore « d'asile psychiatrique ».

Il existe par ailleurs une remarquable identification du service d'alcoologie situé à la périphérie de Cherbourg, au sein de l'annexe hospitalière du C.H.S : Les Genêts. Au regard de la file active 1993, cette identification est d'une certaine façon nettement supérieure à « l'utilisation effective » de ce service, pour la population du canton.

En revanche, l'identification est moyenne pour les structures intermédiaires caractérisées par :

- les prises en charge ambulatoires, c'est à dire les consultations psychiatriques à l'hôpital général, les consultations au centre médico-psychologique qui représentent pourtant à l'époque 23 % de la file active.
- les prises en charge à temps partiel, c'est à dire l'hôpital de jour du Gavendest qui représente 19 % de la file active ;

De plus, cette identification est non homogène : elle est relativement bonne pour les professions paramédicales, les éducateurs et les médecins, elle est moyenne pour les travailleurs sociaux et pour les élus.

→ **Le mode de fonctionnement des structures est peu connu**, y compris de certains médecins généralistes. En effet, bien que possédant un C.M.P et un Hôpital de jour sur la ville de Valognes, quelques médecins généralistes pensaient encore en 1993, qu'ils étaient « obligés » d'hospitaliser leurs patients à l'hôpital de Picauville afin que l'équipe de secteur, par la suite, détermine l'orientation nécessaire (CMP ou hôpital de jour), alors qu'en fait les admissions directes étaient possibles sur ces deux lieux.

→ De la même façon, **le personnel, à l'exception du médecin chef, est inconnu par les différents acteurs sociaux**, y compris par les médecins généralistes.

→ **Il n'y a pas de « visibilité » des activités dites de secteur.**

C'est à dire que les visites à domicile et les interventions en institution (à l'hôpital général ou en maison de retraite), les accueils thérapeutiques à temps partiel, ne sont pas connus des acteurs de terrain.

→ **Les pratiques de santé mentale « non institutionnalisées » ne sont certainement pas identifiées.**

En effet, on remarque que la plupart des demandes au psychiatre ou à la psychiatrie passent préalablement par une demande auprès d'un tiers. Le plus souvent d'ailleurs, celui-ci est médecin généraliste ou assistant social.

A l'image des élus, « convaincus » de ne jamais intervenir pour des problèmes de santé mentale et qui sont en fait, plus souvent qu'ils ne le pensent, amenés à réguler des problèmes sociaux liés à des problèmes de santé mentale. Et c'est d'ailleurs parce qu'ils s'attribuent « un rôle davantage régalién » qu'ils ne voient pas ou qu'il n'identifient pas le problème comme un problème de santé mentale. Leur principale préoccupation étant de ramener le calme et de réguler les rapports sociaux de leurs concitoyens, ils font le plus souvent appel dans ce cas à une assistante sociale ou un médecin généraliste.

En fait, ne sont identifiés comme pratiques de santé mentale que les actes de soins, une consultation. En aucun cas, les différentes aides, les différentes ressources locales, les dialogues, entretiens, le soutien à l'entourage etc., ne sont identifiés comme des pratiques de régulation ou d'aide à la santé mentale.

→ **Les représentations de santé mentale sont confrontées au cloisonnement « paradigmatique » des acteurs sociaux.**

Plus que l'adéquation entre les troubles présentés par un sujet, ou les différentes ressources existantes, **c'est la qualité (statut, fonction, formation) de la personne relais, qui se trouve sollicitée sur le terrain, qui détermine les modalités d'aide ou de prise en charge offertes au sujet présentant des difficultés.**

* En effet, les médecins gèrent le plus souvent seuls les problèmes de santé mentale, suivant une perspective très orientée sur **le soin individualisé** (ou une logique de réparation) selon le modèle dual de la médecine somatique. Pour eux, un problème de santé mentale concerne avant tout une personne souffrant de troubles psychiques, ils ne tiennent pas compte de l'entourage pour ce qui concerne la souffrance.

Lorsqu'ils sollicitent le dispositif de santé mentale, c'est en premier lieu leur collègue médecin psychiatre et, là encore, dans une perspective de prise en charge du patient orientée sur le « tout soin » (prescrire ou adapter un traitement, assurer une sécurité pour la personne elle-même par l'hospitalisation etc.).

A l'opposé, dirons nous, les élus et travailleurs sociaux ont, eux, tendance à gérer les problèmes de santé mentale sur une approche très orientée vers **la régulation sociale.**

Pour ces deux catégories d'acteurs sociaux, un problème de santé mentale est avant tout un problème relationnel majeur et une détresse psychologique non forcément attribuée à une personne mais à un sujet et son environnement familial.

Ils ont l'impression d'être sollicités davantage par l'entourage, un membre de la famille ou un tiers extérieur que par ce que nous appellerions « le patient désigné ». Les raisons pour lesquelles ils pensent être mobilisés relèvent de l'agressivité et d'un danger de mort pour l'entourage et non d'une problématique ou d'une souffrance individuelle comme l'expriment les médecins.

Cependant, les élus et les travailleurs sociaux se différencient, au regard des problématiques de santé mentale, par les ressources qu'eux-mêmes mobilisent. En effet, les élus ont, *a priori*, tendance à mobiliser essentiellement les assistants sociaux pour faire face à ce type de problème, alors que les assistants sociaux essaient de gérer ces difficultés avec leurs collègues, ou encore en faisant appel au dispositif de santé mentale (psychiatres, ou structures).

En tout état de cause, ces deux catégories d'acteurs sociaux se mobilisent face aux problèmes de santé mentale, dans un souci de **protection de l'entourage** prioritairement. La souffrance de la personne présentant les troubles psychiques ou psychiatriques passe au second plan.

* Les professionnels du milieu éducatif, quant à eux, pensent ne pas être mobilisés sur le terrain pour des problèmes de santé mentale. Ils abordent les enjeux de santé mentale au travers de la **mobilisation de connaissances**, dans une perspective très orientée vers la prévention, l'éducation à la santé. Ils se mobiliseraient eux-mêmes davantage pour leur propre éducation ou une meilleure connaissance de l'existant, (que ce soit sur les services psychiatriques, l'information sur les problèmes de santé mentale, sur les déterminants de santé etc.) : il faut « faire connaître, faire savoir ».

* Par ailleurs, ce qui vient renforcer, nous semble-t-il, la notion de « cloisonnement paradigmatique », c'est que nous n'avons pas été en mesure d'identifier un caractère très dominant ou très spécifique (identique aux soins individualisés pour les médecins, à la régulation sociale pour les travailleurs sociaux et les élus, à la mobilisation de connaissances pour les professionnels du milieu éducatif), susceptible d'être rattaché à la notion de paradigme professionnel ou paradigme social, pour les deux catégories de population interrogées qui ne sont pas structurées autour d'une profession unique ou d'un rôle social unique. Il en est ainsi donc pour les paramédicaux, groupe constitué d'infirmières libérales, d'ambulanciers, de pharmaciens... et du groupe de personnes dites diverses, constitué de gendarmes, juges, prêtres, pompiers...

Quelques éléments d'explication

La santé mentale est définie (le plus souvent) sur une approche de santé dite « négative ».

En effet le concept de santé mentale et de santé positive, bien qu'à la base de la définition de la santé de l'O.M.S., n'est pas intégré dans la culture française.

Pour les personnes interviewées, la santé représente et se définit le plus souvent par l'absence de maladie. Cette notion renvoie donc directement et exclusivement à la médecine, aux soins. Ainsi la santé mentale est définie comme étant l'absence de folie, la lutte contre les maladies mentales. Il existe un recouvrement et une confusion entre la santé mentale et la psychiatrie. La promotion de la santé mentale est culturellement inconnue. Par ailleurs, la psychiatrie n'est pas une « entité remarquée ». Elle est rarement définie comme une spécialité médicale (à l'exception des médecins généralistes) comme pourrait l'être toute autre discipline somatique (cardiologie etc.). Elle est à la fois : les symptômes, le traitement de la maladie mentale, de l'aide à la relation, des bons conseils de santé, l'isolement comme un mal nécessaire. De la même façon, le spécialiste des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie est à la fois :

- le psychiatre pour les médecins généralistes ;
- le psychiatre, les psychologues, les médecins généralistes pour les travailleurs sociaux, les professionnels paramédicaux ainsi que les éducateurs ;
- l'assistante sociale ou le médecin généraliste pour les élus.

Enfin et contrairement à l'idée développée ce matin par certains collègues, idée communément répandue actuellement, mais fautive, la psychiatrie fait toujours peur. Bien sûr, elle ne fait plus peur aux personnes qui l'ont fréquentée, c'est à dire aux anciens patients, aux usagers et aux familles d'usagers. Mais on ne peut psychiatiser la France entière sous prétexte de démythifier la psychiatrie et la folie.

Il ne faut pas s'y méprendre, la psychiatrie fait toujours peur. Son approche et les aides qu'elle peut apporter à la population sont souvent contrariées par l'appréhension du grand public, un imaginaire social ancré sur le passé.

3. Les attentes sur le canton de Quettehou : pas de structure, mais une réelle communication.

Le moyen faisant le plus défaut aux acteurs de terrain pour gérer au mieux les problèmes de santé mentale est, selon eux, la communication et la coordination avec l'équipe de secteur psychiatrique. Ceci a été expri-

mé par plus d'une personne sur trois et à titre d'exemple, le déficit en termes de structure n'est évoqué que par une personne sur quatre.

Les demandes adressées à l'équipe de secteur sont :

- Premièrement, de modifier les modes d'intervention habituels (par les 2/3 des personnes interviewées), c'est à dire qu'ils nous demandent plus de proximité, des conseils aux professionnels du terrain, de dédramatiser les problèmes psychiatriques, de travailler avec les familles, de soutenir la population et d'améliorer la prise en charge des alcooliques.
- Deuxièmement, une réelle communication (exprimée par 1/2). Améliorer la communication fut le thème dominant de l'expression libre en fin d'entretien (plus des trois quart des propositions).
- Troisièmement et dans une moindre mesure, la création d'une structure de proximité. Un peu moins d'une personne sur trois revendique une telle structure, type dispensaire, accueil, centre médico-psychologique etc., ceci étant surtout le fait des professionnels du milieu éducatif alors que, comme nous l'avons vu précédemment, ce sont eux qui pensent être le moins confrontés aux problèmes de santé mentale ! Enfin deux médecins sur cinq pensent qu'une structure de proximité pourrait rendre service.

En revanche cette proposition est rarement évoquée par les élus et les personnes dites diverses.

4. Les résultats en termes de dynamique sociale

La recherche-action : un moyen pour le décloisonnement des pratiques

Quelques éléments nous permettent d'évaluer la dynamique enclenchée par cette recherche-action.

* La mobilisation des acteurs chercheurs.

En effet, 29 professionnels de la psychiatrie Bas-Normande, (dont la moitié du secteur 50 G 03), se sont investis dans cette recherche-action qui a duré au minimum un an pour ce qui concerne la partie recherche proprement dite (construction de la problématique, mise en œuvre de la recherche, dépouillement, analyse et restitution).

Le taux de participation des acteurs de terrain sollicités (87 %) nous a conforté dans l'idée que d'une part, la santé mentale et les problèmes psychiatriques sont des enjeux de santé collective qui intéressent les acteurs sociaux au premier plan, et d'autre part, que ces acteurs sociaux, d'où qu'ils soient, c'est à dire professionnels de la santé ou non, ont des choses à dire par rapport aux enjeux de santé mentale.

* Le succès de la réunion de restitution de l'étude (le 24 mars 1994).

En effet, une restitution écrite fut faite début 1994 avec, à l'accompagnement, une invitation pour une rencontre de restitution à l'ensemble des personnes qui avaient accepté de participer à notre interview. Il était primordial pour nous de se donner un temps de réflexion, d'échanges, de critiques, de validation, de réappropriation vis à vis de cette recherche. Car si son initiative pouvait être attribuée aux professionnels de la santé mentale, en revanche le contenu appartenait, lui, aux acteurs de terrain et nous nous devions de le restituer le plus honnêtement possible. Plus de 20 personnes se sont montrés intéressés par cette réunion de restitution de l'étude.

Les échanges entre les participants ont confirmé pour la plupart les résultats de l'enquête. Ils ont surtout mis en évidence **la difficulté à apporter une réponse adaptée aux problèmes de santé mentale sur le terrain.**

La volonté de pérenniser les échanges et de poursuivre les réflexions sur les enjeux de santé mentale a conduit les participants à **créer le 28 septembre 1994 un comité de pilotage pluridisciplinaire dit de « santé mentale » sur le canton de Quettehou.**

Sa mission :

- se pencher sur les problèmes de santé mentale « préoccupants » pour la population de Quettehou, afin d'être capable de retransmettre des propositions concrètes et cohérentes pour y faire face.

Sa composition :

- 4 élus (un conseiller général, deux maires, un adjoint) ;
- 1 responsable de circonscription ;
- 1 médecin généraliste ;
- 1 médecin de P.M.I ;
- 1 travailleuse familiale ;
- 4 représentants du C.H.S du secteur 50 G 03 (un médecin chef, un infirmier et deux infirmières).

Autour de ce « noyau dur », toutes les personnes potentiellement intéressées par les problèmes de santé mentale ont pu et peuvent venir à leur guise participer aux réunions de réflexion en fonction des thématiques abordées et en fonction du temps qu'elles peuvent attribuer à cette démarche.

C'est ainsi que, depuis cette date, plus de 30 réunions de travail ont eu lieu avec en moyenne la participation de 20 personnes.

Pour faire bref, nous dirons qu'un tiers des réunions a été consacré à faire connaissance, à faire diminuer les suspensions vis à vis de la psychiatrie. En effet, il était curieux pour les acteurs de terrain de se voir interrogés, de se voir sollicités pour échanger avec les professionnels de la psychiatrie, qui ont plutôt pour habitude de faire « leur politique » et de prendre leurs décisions seuls de l'intérieur de leur centre hospitalier.

Un autre tiers a été consacré à expliquer comment fonctionne réellement le secteur de psychiatrie (mais aussi le service d'action sociale), quelles sont ses missions, quels sont par exemple les lois, les modalités d'hospitalisation, le mode de fonctionnement, les services, le personnel, de façon concrète en présentant, quant il était possible le personnel (des noms, des visages). Chaque « thématique » a été abordée au rythme et à la demande du groupe. C'est ainsi par exemple qu'il nous est arrivé de définir le rôle de l'infirmier psychiatrique car comme l'exprimaient les acteurs de terrain s'il est facile et clair pour chacun d'identifier les missions d'un infirmier libéral, on se demande bien ce que peuvent être les missions d'un infirmier psychiatrique.

Enfin, le dernier tiers de ces rencontres a été l'objet de la construction de notre action dite prioritaire, c'est à dire : l'action de prévention de l'alcoolisme sur le canton de Quettehou. Rédiger un projet collectif qui corresponde aux besoins objectivés ; qui tienne compte des moyens et ressources disponibles et mobilisables localement ; qui soit crédible aux yeux des financeurs potentiels, etc.

5 L'enseignement de cette recherche-action

Au risque de paraître prétentieux, nous oserons dire que cette recherche action a permis d'atteindre certains de nos objectifs, voire de les dépasser, ou d'avoir des effets inattendus.

Les objectifs atteints :

Nous pensons que cette recherche-action a permis une incontestable amélioration des connaissances réciproques au regard des enjeux de santé mentale.

En effet, **pour l'équipe de secteur psychiatrique, il y a eu une forte prise de conscience du réel décalage existant entre les pratiques exercées et la représentation sociale sur ces pratiques.**

Cette recherche-action a permis de mettre fin à nos propres leurreux :

- ceux de croire que tel ou tel dispositif, tel ou tel mode de fonctionnement que l'on met en place, se trouve *ipso-facto* connu de tous, y compris des médecins généralistes.
- ceux de croire que les images négatives liées à la maladie mentale, à la psychiatrie (tel que l'enfermement) font partie du passé.
- ceux de croire que cette spécialité et ses professionnels (qu'ils soient infirmiers ou psychiatres) puissent bénéficier d'une « image de marque » comparable à une discipline somatique.

Pour les acteurs de terrain, cette recherche-action a permis d'établir une réelle connaissance des dispositifs de secteur psychiatrique : ses rôles, ses missions, ses modes de fonctionnement et sa politique de santé mentale, ses différents lieux d'accueil et leur niveau d'intervention.

Mais elle a surtout permis aux uns et aux autres de prendre conscience de leur rôle réciproque dans la gestion des problèmes de santé mentale, par leurs capacités, par exemple, à nous transmettre les priorités pour leur canton, par « leur devoir » de faire face aux problèmes de santé mentale en fonction de leurs statuts, par leurs attentes, par leurs limites, etc.

La dynamique sociale enclenchée par cette recherche action et les effets sur la pratique.

Cette démarche a permis, nous semble-t-il, **une réelle démystification de la psychiatrie** d'autant plus efficace que de nombreux participants sont des non professionnels du sanitaire ou du social.

Elle a eu pour effet aussi **d'améliorer la coordination entre les services sanitaires et les services sociaux**, dans le sens où il est plus aisé pour les infirmiers psychiatriques, comme pour les travailleurs sociaux, de prendre contact ou d'accompagner un sujet demandeur, d'un service sur un autre.

Certains médecins généralistes jouent le jeu de s'adresser plus facilement aux infirmiers psychiatriques, notamment du service d'accueil, sans chercher systématiquement à joindre un médecin psychiatre.

Les infirmiers psychiatriques des urgences de l'hôpital général ont le sentiment « qu'il n'existe des travailleurs sociaux que sur le canton de Quettehou » !

Cette recherche action avait aussi pour principal objectif d'essayer de répondre ou de **s'adapter aux besoins exprimés et non aux besoins supposés**.

Nous n'avons pas expliqué jusqu'à maintenant pourquoi nous avons choisi ce canton plus qu'un autre. En fait, il faut bien « l'avouer », dans notre état d'esprit, avant cette recherche-action, le canton de Quettehou était pour nous un canton où il existait des besoins que nous ne desservions pas. Nous avons alors une question sous-jacente : « Faut-il créer sur ce canton un Centre Médico-Psychologique ? ». Si les textes de loi et « la mode » nous y incitaient, les acteurs de terrain nous ont exprimé une toute autre demande. Ce qu'ils attendent de nous, c'est de la **proximité**, par la qualité de nos relations avec eux-mêmes et les personnes relais sur ce canton, par la disponibilité, par des compétences et non par l'ouverture d'une structure (type C.M.P ou ce qu'ils appellent encore dispensaire), à leur porte.

Car comme beaucoup ont pu nous l'exprimer, trop de proximité est stigmatisant en milieu rural et selon eux la population préfère se déplacer de 25 kilomètres, même si cela pose parfois quelques petits problèmes, plutôt que de prendre le risque de montrer à leur environnement qu'ils consultent les « psys ».

C'est ce qui nous fait dire aujourd'hui, que **la création d'un C.M.P sur ce canton aurait été une réponse à des besoins supposés**.

6 Des objectifs dépassés aux résultats inattendus.

Cette recherche-action nous a conduits sur des sentiers que nous n'avions pas imaginés initialement : ceux de la **promotion de la santé**.

En effet, sur le canton de Quettehou, ceci s'est concrétisé par la mise en œuvre d'actions de santé collective dont la première est la prévention primaire de l'alcoolisme chez les jeunes (besoins identifiés et action menée **par et avec** les acteurs de terrain). Cette démarche a nécessité **la création d'une association de promotion de la santé mentale** : « **Santé en Val de Saire** » dont l'âme et les compétences ne se situent pas au C.H.S de Picauville mais à Quettehou.

Du côté de l'équipe de secteur psychiatrique du 50 G 03, cette recherche-action a impulsé **la création d'un département de prévention et de promotion de la santé mentale au sein de notre dispositif**.

Est-ce une pratique de secteur renouvelable ?

L'expérience que nous avons menée nous permet de répondre comme des Normands, oui et non.

En effet, du point de vue de la méthode, nous pensons que la recherche-action est un excellent vecteur de décloisonnement des pratiques et de promotion de la santé mentale. Ses effets sont bilatéraux. Elle modifie autant les chercheurs (en l'occurrence ici, les professionnels de la psychiatrie) que les « sujets » objets de la recherche (les acteurs et les partenaires de terrain du canton de Quettehou).

Dans cet état d'esprit, nous avons mis en place un second projet de prévention portant sur le suicide sur les cantons de Saint-Sauveur-le-Vicomte, de la-Haye-du-Puits et de Barneville-Carteret.

Du point de vue du « contenu », une recherche-action dépend tellement de l'implication des acteurs (objets de la recherche) qu'elle est par définition non prédictible et non renouvelable à l'identique.

Par ailleurs, il nous semble que les moyens et l'énergie que nous avons développés sur cette action ont été considérables, et que de ce fait, nous ne serions peut-être pas en mesure de rééditer « l'exploit ».

Enfin, les professionnels de la psychiatrie de secteur ont une formation et des aptitudes aux soins, à la réparation, et peu à la promotion de la santé.

Toutefois, il nous semble important de mettre en évidence ici quelques éléments pour les conditions de la faisabilité (cf. ci-dessous).

ELEMENTS FACILITANTS	ELEMENTS GENANTS
<p>1° une politique de secteur « humaniste »</p> <ul style="list-style-type: none"> - tournée vers les autres et leurs valeurs humaines ; - la volonté de développer, promouvoir la santé mentale <u>AVEC</u> la population et non <u>POUR</u> la population ; - accepter de se rendre disponible, voir impulser des actions de promotion de la santé sans vouloir tout maîtriser. <p>2° Les attentes considérables des acteurs de terrain (qui sont en fait nos relais avec la population) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - une réelle implication des élus et des travailleurs sociaux. <p>3° Il faut inscrire ces pratiques dans la durée (5 à 10 ans).</p> <p>4° L'association PRISME a « légitimé » le fait que les professionnels psychiatriques prennent du temps de travail pour la recherche.</p> <p>Elle a, par ailleurs, assuré une certaine neutralité et de ce fait, l'objectivité du contenu de cette recherche.</p> <p>5° Cette recherche action a été coordonnée par un infirmier possédant une maîtrise en Sciences et Techniques « Intervention Sociale et Développement ».</p>	<p>1° « l'innovation » ou le manque d'habitude, d'expérience dans ce domaine ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - a mi-chemin entre santé/sociologie ; - « manager » une telle dynamique tout en ayant une forte « rigueur » sur l'aspect « recherche ». <p>2° Faire face à la culture dominante <u>du soin de la réparation</u> :</p> <p>* dans l'univers psychiatrique :</p> <p>Est-ce notre travail, notre mission ?</p> <p>Exposer ses pratiques aux regards, aux critiques des autres (peut mettre quelques membres de l'équipe en difficulté).</p> <p>Il faut donc « gérer » les rétroactions (pas toujours) prévisibles dans notre univers.</p> <p>Il faut expliquer aux professionnels du secteur psychiatrique les intérêts d'une telle démarche.</p> <p>* dans la société :</p> <p>Il faut démedicaliser la Santé pour que tous les acteurs puissent se l'approprier.</p> <p>Pour l'instant, il paraît difficile de mobiliser au long cours les médecins généralistes sur ce modèle de santé « positive ».</p>

En guise de conclusion, nous serions tentés de dire que, bien qu'étant très à la mode en ce moment, **les réseaux, le partenariat, ne se décrètent, ils s'approprient.**

Ils se développent sur du long terme. Aussi avons-nous fait nôtre une citation promue par l'un de nos partenaires :

« Si tu veux des résultats durant l'année, sème des graines
Si tu veux des résultats durant 10 ans, plante des arbres
Si tu veux des résultats durant la vie, développe les hommes ».

Kuan Chung Tzu.

Docteur Roland HAIZE

Médecin Chef Secteur 50 G 03

Philippe LEPRELLE

Infirmier de secteur psychiatrique
Secteur 50 G 03

ANNEXE 4 – 2

Travail de Réseau et Conseil de Secteur en Santé Mentale pour le 3^e et le 2^e arrondissements de Marseille

Le 12^{ème} secteur de psychiatrie des Bouches-du-Rhône dessert deux arrondissements du centre ville de Marseille, situés dans la partie nord de la cité, dont les caractéristiques socio-démographiques sont celles de quartiers défavorisés, avec un habitat vétuste, un environnement dégradé, et une population marquée par le chômage, et où l'on côtoie de nombreuses communautés émigrées du Maghreb, des Comores, du Cambodge, du Vietnam et de plusieurs pays d'Afrique.

Aussi, c'est dans ce contexte difficile dit « des quartiers Nord de Marseille » que les équipes en Santé Mentale doivent aider les patients à se soigner mais aussi à se réinsérer dans un environnement difficile où, aux troubles mentaux, vont se surajouter des problèmes de logement, de travail, de communication interculturelle.

Le 12^{ème} secteur s'est développé au fil des années afin d'offrir une palette de structures avec et sans hébergement les plus diversifiées possibles et adaptées aux besoins des Usagers.

En 1998, un groupe de soignants décide de s'investir dans le projet de recherche action, c'est à dire l'enquête anthropologique et épidémiologique : « Santé Mentale : images et réalité ».

Cette enquête sera réalisée en 1999 et son organisation et l'analyse de ses résultats vont modifier la vision du travail de secteur jusque-là effectué. En effet, les représentations de la population interrogée mettent en évidence une image très négative de la psychiatrie, une superposition des images de la folie, de la maladie mentale et de celles de la dangerosité et une méconnaissance majeure du réseau de soin pourtant mis en place et que nous pensions connu du public.

Cette prise de conscience nous a amené à créer une nouvelle association dans le service : « ARPSYDEMIO-3^e-2^e », interface entre les champs sanitaire et social, outil inscrit dans le tissu associatif de la Cité, particulièrement riche dans nos quartiers, et nécessaire pour transformer le travail du secteur en véritable réseau de soins en Santé Mentale.

Quels sont les objectifs de ce réseau ?

- Mieux faire connaître l'offre de soin et faciliter son accès par une meilleure information.
- Dé-stigmatiser les représentations en psychiatrie pour une meilleure intégration des Usagers.
- Instaurer un partenariat :
 - avec les élus de la Mairie de secteur, mais aussi avec le centre de recherche et d'initiatives en Santé Publique de la ville de Marseille (CRIS),
 - avec les associations d'Usagers et leur famille,
 - avec l'ensemble des intervenants au sujet de la précarité (Dr Morcellet, Mme Premont),
 - avec les médias, en créant un dossier de presse et en apprenant à communiquer, ce qui n'est pas évident du tout, compte tenu de notre vocabulaire souvent incompréhensible et de notre manque de formation dans ce domaine.
- Créer un conseil de secteur, c'est à dire « une instance de réflexion, d'information, de coordination à l'échelle d'un bassin de vie, visant à développer un travail en réseau au plus près des Usagers dans la perspective d'une santé mentale intégrée dans la cité »
Ce conseil, dont le projet a été élaboré en partenariat avec l'élue chargée de la Santé au sein de la Mairie de secteur, se mettra en place fin du premier semestre 2002.

Ses objectifs sont les suivants :

- faciliter l'accès aux soins pour les Usagers des 3^e et 2^e arrondissements ;
- Réfléchir à l'implantation dans la cité d'unités d'hospitalisation plus proches du bassin de vie ;
- développer les échanges avec l'hôpital de proximité Paul Desbieff implanté dans le 2^e arrondissement ;
- développer des mesures facilitant l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles psychologiques ;
- améliorer le travail en réseau avec le milieu culturel ;
- coordonner le réseau « géronto-psy » projet initialisé par le CRIS de la ville de Marseille ;
- continuer à développer le réseau sur la grande précarité ;
- faciliter les échanges et le partenariat avec l'Éducation nationale en direction des adolescents et des étudiants du campus de Saint Charles.

Si la formalisation de ce conseil de secteur permettra d'approfondir ces différents axes de travail, le travail déjà effectué a permis la réalisation d'un certain nombre d'actions avec tous les partenaires évoqués, dont plusieurs colloques, des manifestations d'information lors des SISM 2000, 2001, 2002, avec stands sur le marché de la

Belle-de-Mai, sur le Vieux Port, et lors de la Journée mondiale de la santé mentale de l'OMS le 4 mars 2001. Toutes ces manifestations ayant été largement médiatisées grâce au travail de communication que nous avons entrepris.

(Docteur Dolores Boissinot Torres)

ANNEXE 4 – 3

Le Réseau Handicap Psychique Isère (ReHPI)

1. Les Personnes concernées par le Réseau : personnes traitées sur le plan psychiatrique et stabilisées au mieux, mais constituant des « cas complexes » sur le plan social, en difficulté de réadaptation ou de réinsertion et ayant connu des échecs à répétition, ce qui pose des problèmes complexes aux équipes de secteur.
2. Les promoteurs et les domaines : il s'agit d'un réseau qui met en relation permanente des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. En première phase, les promoteurs sont au nombre de dix : deux établissements hospitaliers, deux établissements médico-sociaux (CAT), six établissements sociaux (foyers d'hébergement ou de réadaptation, services d'accompagnement à la vie sociale), mais il est ouvert à d'autres établissements et à la psychiatrie libérale.
3. Les objectifs : améliorer et rendre cohérent et logique le parcours de la personne souffrant de troubles psychiques graves et durables et en situation de handicap de ce fait ; trouver, au bon moment, le bon interlocuteur pour l'usager dont il s'occupera, donc un gain d'efficacité et de temps ; obtenir une remontée d'information concernant les insuffisances, les besoins identifiés.

La structuration du réseau

Aire géographique d'intervention : elle comprend l'ensemble du département de l'Isère, même si deux établissements hospitaliers sur quatre concernés n'ont pas encore manifesté leur intérêt. Le réseau pourra éventuellement s'adapter aux deux secteurs sanitaires existant pour agir dans le cadre d'éventuels Conseils locaux de Santé Mentale.

Le cadre juridique : le porteur du réseau est une Association loi de 1901, composée exclusivement de personnes morales publiques et privées ayant adhéré à une Charte éthique. Elle fonctionne avec un Conseil d'Administration et un Conseil Consultatif élargi.

La Cellule Mixte d'Évaluation : elle associe à parité des professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social et social, et a pour objet l'examen conjoint des cas problématiques – 100 à 150 par an pour le CH St-Egrève -, l'évaluation fonctionnelle des aptitudes psychosociales des patients et une réflexion sur la préparation à l'intégration dans le secteur médico-social et social

Le coordonnateur : il a comme mission principale de coordonner les acteurs du réseau sur l'ensemble du département, de participer à sa représentation extérieure, de traiter et diffuser l'information. Statut : salarié de l'association RePHI sur financement locaux, en attente de l'agrément et de financement régional

Le fonctionnement : la cellule du CH de St-Egrève fonctionne depuis six mois et a traité 47 dossiers originaux du secteur public et du secteur libéral, avec pré-orientation et communication à la COTOREP. Les moyens affectés à la cellule tant par le CH que par les établissements s'avèrent insuffisants pour répondre à la demande. La fonctionnalité du système est excellente et très encourageante.

En conclusion : ce Réseau est la résultante d'une volonté commune de tous les acteurs locaux et d'abord institutionnels. Leurs réflexions et décisions se sont voulues dans l'esprit des textes et rapports élaborés au niveau national et après analyse des situations et besoins. Elles se sont élaborées dans un cadre local caractérisé par la politique d'ouverture des deux structures hospitalières concernées, une organisation du monde du Handicap intégrant le Handicap Psychique, et la mise en œuvre dès 1999 d'un Schéma Départemental du Handicap traitant de l'articulation du Sanitaire, du Médico-social et du Social.

Raymond Mura, mars 2002

ANNEXE 4 – 4

La Charte du réseau ICARE

PRÉAMBULE

Le Réseau est l'expression de la mobilisation des ressources des professionnels de terrain pour conduire une action nouvelle : celle-ci repose sur la **transversalité** des pratiques professionnelles et la **coordination** des interventions dans le domaine de la santé, l'espace culturel et le champ social.

Le Réseau devient au fil du temps un espace de reconnaissance, de réflexion et de transformation des pratiques professionnelles.

La charte du réseau est l'expression de son identité et de l'avancée de sa réflexion. Elle clarifie les objectifs, les attentes, les engagements réciproques de ses participants, elle décrit les valeurs et principes qui guident l'action du réseau . Elle énonce le cadre de référence des professionnels qui œuvrent à l'amélioration de la prise en compte des personnes considérées dans leur globalité singulière d'êtres de santé, d'êtres sociaux et d'êtres de culture. Elle resitue la personne en tant qu'actrice de sa santé comme de sa réinsertion.

Le réseau ICARE est l'une des composantes fonctionnelles du projet ICARE soutenu par l'association ASAIS ; celle-ci participe dans la mesure de ses moyens à la logistique du réseau. Invités à l'assemblée générale de l'association, les membres du réseau peuvent parallèlement être membres d'ASAIS.

LES VALEURS

I. La personne est au cœur des préoccupations des professionnels du Réseau :

1. Toute personne a droit à une attention de qualité sans discrimination aucune,
2. Toute personne a droit à la continuité des actions psychosociales entreprises,
3. Toute personne dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent son histoire médicale, sa situation sociale et sa vie privée,
4. Toute personne qui le souhaite doit pouvoir bénéficier d'une **approche globale** de sa situation. La prise en compte de la personne dans sa globalité nécessite une approche **pluridisciplinaire** et une **cohérence** dans les interventions.
5. Toute personne qui s'adresse à un membre du Réseau est informée que l'intervention d'autres professionnels peut s'avérer nécessaire dans le traitement de sa situation.

La collaboration des professionnels est soumise à l'accord de la personne.

Cette collaboration peut être étendue aux proches dans la mesure où ils sont à l'interface entre le sujet et les professionnels qui l'entourent.

II. Une éthique professionnelle :

1. L'appartenance à un réseau est un acte volontaire et un engagement de chaque professionnel pour définir des stratégies et des réponses adaptées aux problèmes sociaux, culturels et de santé que soulève la situation. L'adhésion à la Charte formalise la manifestation de cette volonté et de cet engagement.
2. La mise en œuvre de pratiques coopératives implique l'adhésion à des valeurs et à des règles qui s'énoncent comme suit :
 - considérer la personne à aider comme sujet et acteur,
 - le respect des différents professionnels, de leurs savoirs et de leurs champs d'intervention,
 - la reconnaissance mutuelle sans hiérarchie de statut,
 - l'analyse de sa propre pratique au regard d'autres savoir-faire et savoir-être,
 - la création de nouveaux espaces d'apprentissage,
 - le respect du secret médical et professionnel.

3. La cohérence de la prise en charge de la personne repose sur la complémentarité des savoirs, la collaboration et la communication réciproques des informations tout au long du parcours de la personne.
4. Les animateurs du réseau s'engagent à produire un cadre de formation, d'analyse et de recherche sur des thèmes de réflexion choisis par des professionnels.

III. Secret professionnel et confidentialité :

1. **La personne est un acteur au centre des stratégies et des dispositifs du Réseau.** Elle a la maîtrise des éléments de son histoire qu'elle donne à connaître au cours des entretiens individuels dans le cadre de la relation d'aide. Elle lui confère sa dimension de **sujet responsable**. Information et confidentialité sont les droits des personnes et les devoirs des professionnels du réseau.
2. Les professionnels du réseau sont soumis à l'obligation du **secret professionnel** pour tous les faits et informations dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Les animateurs du Réseau s'engagent à produire un **cadre de travail** réglementé incluant des notions de confidentialité à chaque fois que des négociations sont menées avec des partenaires qui ne sont pas soumis au secret médical ou au secret professionnel.
3. Les informations partagées entre professionnels sont les informations nécessaires à la poursuite de l'accompagnement de la personne souffrante dans son environnement et selon les différentes phases de son état.

La personne doit avoir la maîtrise du secret partagé dans la mesure où elle n'engage pas la responsabilité des professionnels (non-assistance à personne en danger, protection de l'enfance). Informée des possibilités, mais aussi des contraintes qui s'imposent à elle, la personne légitime et cautionne les transmissions d'information ou non à d'autres professionnels.

Tout adhérent au réseau, signataire de la Charte, s'engage à respecter l'éthique des professionnels du Réseau, qui conduit à la prégnance de l'approche globale dans ses modes d'intervention. Il s'engage au respect des modalités de circulation de l'information définies ci-dessus et s'en porte garant.

LES PRINCIPES :

I. L'action du réseau se construit dans une approche médicale, psychologique, sociale et culturelle de la problématique :

Cela signifie :

- Le réseau respecte le continuum de l'offre globale quelles que soient les modalités selon lesquelles les personnes souffrantes se sont adressées à lui.
- La coordination de l'action des différents acteurs est de la compétence du réseau.
- La recherche de la faisabilité du projet médico-psycho-social engage la responsabilité du réseau.
- Les normes de qualité sont définies par le réseau dans le respect des valeurs et des principes énoncés dans la charte.

II. Le partenariat avec les institutions vise à satisfaire les besoins exprimés par la population.

III. L'évaluation de l'action du réseau est une obligation :

Elle obéit à des règles :

- Les membres du réseau acceptent le principe d'évaluation.
- Une évaluation ne peut être normative.
- Aucune évaluation concernant le réseau ne peut être publiée sans l'accord de celui-ci.

L'élaboration de cette Charte a participé d'un projet collectif mené par les représentants de nombreux réseaux d'Aquitaine.

ANNEXE 4-5

Réseau Addictions Val de Marne Ouest

1 - PHILOSOPHIE DU PROJET

L'une des perspectives essentielles de la réforme de l'hospitalisation publique et privée issue de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 est une meilleure complémentarité entre les acteurs de santé. Un lien fort doit être préservé et développé entre les établissements de santé publics, privés et de la médecine libérale.

L'ordonnance consacre en conséquence de nouveaux dispositifs d'offres de soins, à caractère conventionnel, permettant, au bénéfice du patient, une organisation plus rationnelle de l'activité des professionnels de santé, grâce au réseau de soins.

Etant donné les besoins réels dans le champ des addictions (tabac, alcool, toxicomanies.) sur le val de marne ouest, et la nécessité d'une coordination dans la prise en charge globale des patients "addicts", l'organisation d'un réseau est apparue comme évidente pour les personnes ressources.

Le réseau s'est donné une charte garantissant la cohérence de la prise en charge dans le respect du patient, l'information des usagers, pour développer l'accès équitable aux soins, ainsi qu'une réelle prévention.

Il permettra sur la zone géographique du Val de Marne Ouest :

- La mise en commun et mutualisation des compétences en médecine ambulatoire et hospitalière de même qu'en secteur social, judiciaire et de l'enseignement.
- de créer une dynamique pour l'amélioration des pratiques, en proposant ou organisant lui-même la formation des acteurs du réseau.
- d'organiser la prévention vers le grand public du Val de Marne Ouest

En respectant le rôle des différents acteurs, le réseau définira le parcours des patients dans le dispositif de soins, en accord avec les patients eux-mêmes.

Il devra développer des référentiels locaux permettant d'appliquer les bonnes pratiques cliniques en matière d'addiction.

2 - FICHE D'IDENTITE

2-1) Nom du réseau :

Réseau Addictions Val de Marne Ouest (RAVMO) 56 rue des Guipons 94800 Villejuif

2-2) Les promoteurs :

Le promoteur est l'association RAVMO, loi 1901 regroupant l'ensemble des acteurs.

Les acteurs du réseau sont liés par des conventions regroupées en annexe.

2-3) Aire géographique :

Les communes concernées sont regroupées dans le sud-ouest du Val de Marne : Ablon, Arcueil, Cachan, Gentilly, Kremlin Bicêtre, Villejuif, Ivry, Vitry, l'Hay les Roses, Orly, Choisy le Roi, Thiais, Fresnes, Chevilly Larue, Rungis, Villeneuve le Roi.

Certaines communes sont regroupées dans la communauté de communes du Val de Bièvre et ou dans le comité intercommunal de lutte contre les toxicomanies.

Elles correspondent à un bassin sanitaire (bassin de vie pour l'ARH) comprenant les centres hospitaliers de Bicêtre, Paul Brousse, Paul Guiraud , l'IGR, et l'hôpital J.Rostand.

2-4) Population concernée :

Le réseau est concerné par tous les patients présentant des problèmes d'addiction, c'est à dire les sujets ayant un usage à risque, un usage nocif et les dépendants. Ces pathologies addictives concernent toutes les substances psychoactives : alcool, tabac, médicaments, cannabis, autres drogues illicites et bien évidemment les polytoxicomanies.

De manière secondaire, ce réseau s'efforcera également de donner une réponse cohérente pour les addictions sans produit et notamment l'anorexie-boulimie ainsi que pour les problèmes de dopage.

Le réseau devra aussi être attentif à toutes les pathologies secondaires aux conduites addictives (hépatites, cirrhose, VIH, grossesses, pathologies psychiatriques,...)

Nombre de patients attendus : 5000 environ évaluation à affiner.

2-5) Les acteurs du réseau :

Médecins généralistes : les membres du réseau Val de Bièvre, des amicales des médecins des villes pré-citées, des associations de formation continue du Val de Marne, des généralistes enseignants de la Faculté Paris XI et XII et du Conseil de l'Ordre .

Médecins spécialistes : des amicales des médecins des villes précitées, des associations de formation continue.

Acteurs sociaux : Circonscriptions d'action sociale, Clubs de prévention, structures d'hébergement

Praticiens hospitaliers, infirmiers... des établissements concernés.

Professionnels de santé libéraux: Infirmiers , pharmaciens, psychologues...

Les établissements de santé :

- Hôpital Paul Guiraud : 7 secteurs 94 (correspondant aux villes géographiquement couvertes par le réseau), Département addiction, SMPR, centre de tabacologie.
- Hôpital Paul Brousse : Service d'Addictologie, Service de Psychiatrie, Département de Médecine Interne et d'Infectiologie, Services de Maladies Sanguines, Immunitaires et Tumorales, Centre Hépto-Biliaire.
- CHU de Bicêtre : SAU, CCAA, ECIMUD, Service de Gastro-entérologie, Service de Psychiatrie, Service de Médecine Interne.
- IGR
- Fondation Vallée
- Hôpital Jean Rostand : service de gynécologie obstétrique.

Centres d'Addictologie : Clinique Liberté (P.G.Villejuif), CCAA Bicêtre (C.H.U Bicêtre), CCAA Choisy le Roi (C.H.I.Créteil), Centre ITHAQUE à Villejuif (AFASER)...

Centres Municipaux de santé : Arcueil, Villejuif, Ivry, Vitry, Orly...

Conseil Général du Val de Marne,

DDASS,

CPAM,

Municipalités, dont C.I.L.D.T (les dix communes)

Justice: service d'injonction thérapeutique, commission médicale primaire du permis de conduire, Centre de semi-liberté de Villejuif, Prisons de Fresnes.

Articulation avec les réseaux voisins (ONCO 94, REVEDIAB , RESEAU Sanitaire et Social de Pratiques Coopératives de Créteil. ..)

Parmi les acteurs du réseau, nombreux sont ceux qui sont déjà membres de réseaux voisins (Revediab, Onco 94, Réseau sanitaire et social de Créteil, réseaux hépatite C, groupes informels sur l'obésité, les personnes âgées, la psychiatrie, la maltraitance...)

Il est prévu un travail en partenariat avec ces réseaux. A terme, une mise en commun des données épidémiologiques et un partage des productions intellectuelles pourront se faire en gardant à l'esprit que le patient est toujours au centre du dispositif dans le respect de la confidentialité et des règles éthiques. Un dossier médical partagé sera envisagé le moment venu en collaboration avec les réseaux et divers partenaires.

3 Grands objectifs du réseau :

Identifier et mieux articuler :

- * grâce à la mise en évidence des champs d'activité et des missions des acteurs du réseau (annuaire identifiant les compétences des acteurs).

- * grâce au développement de liens entre les structures et les réseaux existants,

- * grâce également aux échanges d'informations à l'intérieur du réseau à l'aide de supports de communication variés.

Améliorer les pratiques :

- * par l'élaboration de référentiels validés, basés sur des recommandations de bonnes pratiques, faciles d'emploi même dans l'urgence

- * par la mise en commun et l'harmonisation des connaissances,

Afin notamment de mieux prendre en charge en ambulatoire les patients, de mieux prendre en charge des patients lourds ou en urgence, grâce à une collaboration effective entre la ville et les structures spécialisées ou hospitalières.

Permettre l'accès à une expertise et faciliter les orientations

Cet objectif justifie la place " pivot " du coordinateur du réseau et sa fonction :

- accueil et centralisation des demandes, mise à jour de l'annuaire

- aide au diagnostic, à l'orientation médicale et décision thérapeutique pour l'ensemble des acteurs libéraux et hospitaliers

- rédaction, synthèse et mise à jour de la banque de données (travaux des commissions...)

- chaque structure aura à charge de désigner un ou des correspondants

- appui de l'évaluation externe

Faciliter l'accès aux soins vers les différentes structures grâce à une réponse spécialisée permanente

Le réseau de soins est centré sur le patient et vise à adapter les prestations médicales et sociales à ses besoins, en fonction du stade de sa pathologie addictive et de sa volonté de changement.

C'est à partir de l'analyse des parcours type des patients, issue de l'expérience des participants à la genèse du projet que seront identifiés les différents acteurs, et leurs rôles.

Les patients peuvent avoir accès au réseau par plusieurs "portes d'entrée" : de lui-même, via l'assistante sociale, la médecine du travail, le judiciaire, les urgences, les associations de patients, le médecin libéral ou hospitalier, les centres de santé municipaux ou spécialisés ou la plate-forme de coordination du réseau.

Le dispositif est adapté à la multiplicité des situations qui caractérise ces malades, chacun de ces acteurs étant en mesure de l'adresser au réseau de soins ou de le prendre en charge médicalement directement.

Les prestations dispensées varient en fonction du stade où le patient est pris en charge par le réseau.

Après une première phase de diagnostic ("bilan de comportements de consommations"), le praticien pourra proposer au patient suivant son type d'addiction, différents interlocuteurs, en fonction de la sévérité de son état, de sa situation sociale en tenant compte de sa motivation propre.

Des parcours-type ou des filières de soins seront détaillés par les commissions de travail. A titre d'exemple :

- le patient arrivant par les urgences sera orienté en liaison avec le médecin coordinateur du réseau.
- le patient consultant un médecin en ambulatoire sera de la même manière orienté si besoin après avis du médecin coordinateur

Développer une politique de prévention

La mise en place et le soutien d'un réseau dans l'ouest du département se fera avec l'aide de la politique de la ville.

- Actions de prévention en faveur des élèves de collèges et lycées réalisées par les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) des établissements scolaires.
- Le réseau s'appuiera sur le CILDY et le CDPA. Pour organiser des actions de formation

L'ensemble des actions de formation, y compris le diagnostic local, est pluridisciplinaire et concerne les acteurs de terrain, d'horizons différents.

L'objectif est d'améliorer le travail des professionnels en développant une culture commune et un partenariat réel. La prévention des conduites addictives, particulièrement chez les jeunes, repose sur la formation/sensibilisation de personnes-relais par l'intégration d'un module "santé publique" dans un certain nombre de formations initiales, notamment dans les collèges et lycées (enseignants, CPE, médecins scolaires, à l'université).

Organiser une formation continue pour tous les acteurs du réseau

Initialiser une action de suivi, de dépistage, de soins des personnes addictives :

- Actions de formation des médecins généralistes à la prise en charge des patients addictifs dans le cadre de la formation médicale continue, et de la formation indemnisée.
- La formation en addictologie devrait être renforcée dans le cursus universitaire médical.
- Sensibilisation et formation des médecins de terrain, au repérage et au suivi des différentes pratiques addictives.

- Sensibilisation des personnels des CHRS, et des différentes consultations de précarité existantes, aux maladies addictives.
- Renforcement du partenariat entre les différents acteurs dont les centres de soins, centres d'hébergement ou résidences sociales.
- Prise en charge de patients présentant des conduites addictives en prison : L'amélioration du dispositif de prise en charge des patients addictifs en milieu carcéral et son articulation avec le dispositif non carcéral devront être travaillés en concertation avec la direction et les médecins de la prison de Fresnes, le service pénitentiaire d'insertion et de probation et un magistrat.
- Développement du partenariat entre le secteur psychiatrique et le dispositif spécialisé de prise en charge des personnes addictives. La prise en charge des patients addictifs en milieu psychiatrique nécessite le développement du partenariat entre le secteur psychiatrique et le dispositif spécialisé dans la prise en charge des addictions. Ce partenariat sera formalisé par des conventions entre ces 2 types de structures.

La qualité des soins

La "charte du réseau " garantit l'information des usagers, la possibilité d'un accès équitable aux soins promus par le réseau pour tous les patients concernés par la pathologie, l'engagement des acteurs à se conformer aux bonnes pratiques et respecter les règles d'éthique.

Michel REYNAUD