

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2013

« *Construction d'une cellule de crise :*

un vrai challenge partenarial »

Thierry ANTOINE

Tuteur : Pauline GUEZENEC

Sommaire

Introduction	3
I Problématique.....	6
II Eléments d'éclairage	8
A Contexte national.....	8
a Rapports et textes de loi	8
Rapports	8
Les textes de loi.....	10
b Le mouvement communautaire.....	13
c Les Conseils Locaux de Santé Mentale en France.....	15
B Contexte régional	16
a La santé mentale dans le Nord /Pas de calais.....	16
b Le Programme Régional de Santé Mentale du PRS.....	17
C EPSM-LM une psychiatrie ouverte sur la ville.....	18
III Origine du partenariat.....	20
A Le pôle 59g20.....	20
a Présentation du pôle	20
b Projet du pôle	22
B La ville de Lambersart.....	24
a Les missions d'un CCAS	24

b	Les obligations assignées aux CCAS :.....	24
IV	Evolution du partenariat : facteurs favorables.....	25
A	La démarche ABS de Lambersart	26
B	Le volet formation.....	28
C	Les consultations extérieures et le partenariat.....	29
V	Le groupe isolement social souffrance psychique.....	29
A	Approche méthodologique	30
B	Constitution du groupe de travail	31
C	Conclusions du groupe de travail.....	32
VI	Points forts et limites.....	34
A	Recueil des données	34
B	Eléments d'analyse.....	35
C	Les premiers résultats concrets	36
VII	Pistes de travail.....	37
	Conclusion.....	39
	Bibliographie :.....	41
	Annexes.....	43
	Glossaire.....	48
	4 ^e de couverture.....	50

Introduction

Afin de mieux faire comprendre le sens de ma démarche j'ai fait le choix de rendre compte de mes premiers contacts avec la maladie mentale et plus exactement de mon entrée à l'hôpital puis ma première expérience d'infirmier. Je n'affirme pas que les propos qui vont suivre dans cette partie introductive soient totalement objectifs. En revanche, ils sont le reflet exact de ma perception de l'univers psychiatrique de l'époque et de la ligne de partage entre la communauté soignante et celle des soignés. C'est à travers ces souvenirs contrastés que mon intérêt à faire évoluer la position soignante dans la discipline grandira tout au long de mon cheminement professionnel.

1981 : Entrée au CHS d'Armentières

La loi de 1960 fêtait son 21ème anniversaire, l'Etablissement accueillait 2000 malades. Chaque *section*, vocable à consonance militaire pour définir le secteur psychiatrique, disposait d'une capacité impressionnante.

Le secteur dans lequel j'ai démarré ma carrière disposait :

- d'un pavillon d'admissions (hommes) de 70 lits
- d'un pavillon de malades chroniques (hommes) de 90 lits
- d'un pavillon de malades chroniques travailleurs (hommes) de 100 lits
- d'un pavillon d'admissions (femmes) de 35 lits
- d'un pavillon de malades de chroniques (femmes)

Au total sur 70 000 habitants de ce secteur ; plus de 300 étaient hospitalisés (internés pour les 2 tiers) en milieu psychiatrique.

Au mieux, pour une centaine d'entre eux le statut n'était pas définitif...

Schématiquement, les malades souffrant de troubles névrotiques, de troubles de dépendance à l'alcool et ce qui était défini à l'époque comme psychoses maniaco-dépressives étaient les seuls à pouvoir envisager une possibilité de retour à domicile. Pour les autres (psychoses,

démences, pré démences, trouble sévères de la personnalité) la sentence était la perpétuité. Pour les autres types de pathologie moins invalidante, il valait mieux ne pas consulter. Le trait est à peine forcé.

La prise en charge des troubles psychiques à l'hôpital avait plus à voir avec un internat où la mixité n'était pas de mise. Dans les services régnait une discipline de fer, au mieux les infirmiers de secteur psychiatrique partageaient l'internement des malades à temps partiel. Leur rôle ressemblait davantage à celui de gardien que du soignant.

Le rythme de vie des gardiens et des gardés, scandé par une série de rituels s'était organisé avant tout pour rassurer les uns et les autres dans leur statut respectif.

Le matin était le prétexte à la prise des "éléments" (pouls, tension artérielle et température) ce qui donnait une sorte de caution médicale à un vide de sens sidéral de l'accompagnement et à une quasi totale absence de relation thérapeutique.

La prise du traitement était le 2^{ème} temps fort de la journée, chacun y jouait sa partition ; la surveillance zélée du côté infirmier, une roublardise goguenarde affichée d'un certain nombre de malades.

Les collègues expérimentés m'avaient appris que l'infirmier devait se méfier du malade. Au cours de la transmission des savoirs celui-ci était présenté par les anciens comme sournois, dangereux, bref irrécupérable. Une des premières consignes distillées par mes pairs était : « ne tourne jamais le dos à un malade ».

Le dernier rituel était le changement d'équipe avec passage de transmissions, le plus souvent d'ordre hôtelier et la remise hautement symbolique du trousseau de clés au râtelier qui se trouvait dans le bureau du surveillant. Un des souvenirs de cette époque qui reste ancré avait été d'assister au test de l'**ESPERAL**¹ Ce test soumis à protocole s'inscrivait dans le cadre de la cure de dégoût.

La forme que revêtait ce soin, quand j'y repense, était à la limite de la maltraitance. Il consistait pour l'infirmier à observer avec une froideur très « scientifique » les réactions d'un

¹ Principe actif : Disulfirame.

malade à qui l'on avait fait ingérer un verre de vin sous traitement. Le malheureux déclarait rapidement des vomissements répétés, un état sub-comateux et des réactions d'hypotension très sévère, ces signes cliniques étaient précieusement consignés et soumis à l'autorité médicale.

Les jours, les semaines et les mois s'égrenaient paisiblement ; veaux et vaches étaient bien gardés.

La visite du médecin chef était également un moment phare. Elle donnait lieu à quelque chose qui peut s'apparenter à une revue des uniformes bleus de travail des malades et blouses des infirmiers. Il y avait comme un petit air de revanche car pendant que la gente infirmière était tout occupée à respecter le garde à vous, les malades restaient assis et vaquant à leur occupation certains se permettaient même de mettre en doute l'efficacité du traitement qui leur était prodigué. Je me souviens avoir été vertement recadré par le surveillant car j'avais eu l'outrecuidance de converser et de m'installer à table avec des malades au cours de la *parade*.

Ces quelques anecdotes semblaient nécessaires pour mesurer aujourd'hui le chemin parcouru. S'il s'agit d'événements du siècle dernier ils ne se sont déroulés qu'il y a tout juste trente ans, mais quand même 20 ans après la parution de la circulaire de 1960. Les pratiques décrites semblent plus en rapport avec la loi de 48 (1848 tout de même) ;

L'institution asilaire fonctionnait en vase clos depuis près de 300 ans. Ce système pseudo carcéral laissait évidemment place à bon nombre de comportements déviants, de la part des internés eux même mais surtout de leurs 'geôliers' : les soignants.

L'utilisation perverse du pouvoir se décline à toutes les strates du niveau de responsabilité. Même si, fort heureusement la forme que revêt le soin semble extrêmement éloignée de ce qui a été décrit, le poids de l'histoire de la psychiatrie et de son organisation ne peut être balayé d'un revers de la main. Encore aujourd'hui, certaines utilisations du pouvoir peuvent être empreintes de vieilles habitudes.

1985 : Première prise de fonction d'infirmier de secteur psychiatrique

Après avoir pérégriné dans 6 des 8 sections que comptait l'établissement, comme le voulait l'organisation d'une formation d'infirmier de secteur, je choisis d'intégrer diplôme en poche le service le plus éloigné de ma première expérience dans son organisation et son approche du

soin. D'une organisation pyramidale disciplinée, je découvrais un univers très différent. Mon intégration avait été cooptée par l'équipe, la prégnance hiérarchique était peu présente et la prise d'initiative était une priorité.

La relation entretenue entre le soignant et le malade était empreinte de jovialité, la blouse blanche était restée au vestiaire. Le tutoiement du malade, loin de signifier un positionnement de pouvoir de l'infirmier comme dans ma première expérience, se voulait codifier une marque d'intérêt et de proximité, comme un signe d'appartenance à la même communauté. Comme-ci pour chacun de mes collègues il y avait un devoir de réparation. L'infirmier, positionné à une fonction de Moi auxiliaire se mettait à tout gérer prenant tour à tour la casquette d'éducateur, d'assistant social, de curateur, de confident. Fondé de bonnes intentions et de bons sentiments le positionnement perdait de sa clarté. Certes le projet de soins (plutôt celui des soignants) s'engageait vers un retour à l'autonomie et une sortie de l'hôpital, mais les rapports maintenus renforçaient bien souvent les phénomènes de dépendance du patient face à un soignant tout puissant. Le médecin chef de service influencé par le mouvement d'anti psychiatrie avait amené une dimension humaniste dans le soin. Son départ quelques années plus tard allait sonner le glas de cette expérience utopique du secteur.

I Problématique

Ces deux expériences « communautaires » de début de carrière; la première fondée sur le repli défensif et la suivante sur un partage favorisant une déliquescence du cadre thérapeutique m'ont amené à reconsidérer la pratique des soins en équipe.

Depuis 8 ans j'exerce le métier de cadre de santé et c'est vraisemblablement de ce parcours que je me suis autorisé à occuper cette fonction.

Le retour en CMP en 2010, m'a amené à reconsidérer l'organisation de la pratique des soins ambulatoires en équipe. Le pôle était rattaché à l'EPSM Lille Métropole depuis 2008 et son organisation était encore empreinte d'un passé institutionnel récent peu enclin à la pratique partenariale. Les projets du nouveau chef de pôle et du cadre de pôle allaient impulser un virage où l'ouverture des soins vers la cité prendrait rapidement toute sa dimension.

La réorientation d'une partie de mes missions de cadre sur le développement du travail de réseau et de partenariat m'a engagé à m'inscrire dans le réseau précarité santé mentale Lille Nord Ouest. Cette participation a présenté l'avantage de favoriser ma connaissance du réseau, elle m'a également fait prendre conscience de sa taille, de sa complexité et du besoin de constituer des liens plus resserrés à l'échelle d'une commune.

Des premières expériences peu satisfaisantes en termes de collaboration avec les services sociaux territoriaux et communaux allaient être un facteur déclenchant à ma demande de formation DIU. Une demande qui sera accompagnée par le cadre supérieur et le chef de pôle.

La terminologie : « santé communautaire » de l'intitulé de formation résonnait de manière particulière et ne manquait de provoquer chez moi une certaine réserve. Pourtant, le cheminement m'a aidé à clarifier les questions que j'avais à me poser.

Le questionnement sur le traitement de situations complexes impliquant une problématique de santé et difficultés sociales multi-dimensionnel peut-il être le tremplin à une refonte de la pratique des soins dans une dimension communautaire ?

Une attention particulière accordée à la situation d'un usager dans un cadre organisé peut-elle constituer une première étape et favoriser une concertation de dimension plus large ?

La mise en place d'une cellule type RESAD peut elle être un préalable à la co construction d'une politique de santé territoriale ?

In fine, la création d'un conseil local de santé mental doit-elle obligatoirement être décrétée ?

Afin d'aborder la problématique, j'ai fait le choix de traiter ces questions progressivement d'un point de vue très large jusqu'à la réalisation du projet qui me mobilise à l'échelle locale

Pour aller plus avant et en finalité décrire le projet de collaboration de notre pôle avec la commune de Lambersart, il convient, tout d'abord de prendre en compte les éléments de contextes historiques puis géographiques qui sont à l'origine d'une lente mutation de notre institution hospitalière. Dans un second temps je m'attacherais, après avoir décrit les opportunités du contexte local, à faire état de l'avancée de nos travaux. Enfin, j'apporterai quelques éléments d'analyse et la manière dont le projet pourrait se poursuivre.

II Eléments d'éclairage

A *Contexte national*

a *Rapports et textes de loi*

Rapports

Depuis 1980 la psychiatrie a fait l'objet de multiples rapports. Au gré des alternances politiques, à la manière « un pas sur le côté et un pas de l'autre côté », se trouvent mêlés militantisme et humanisme, pragmatisme et logique gestionnaire.

1982 : le rapport DEMAY (Ministre de la Santé Jack RALITE) remet en question le fonctionnement asilaire de la psychiatrie, condamne toute loi ségrégative ou d'exception, et prône l'exercice des soins dans la communauté. (Ministre de la Santé Claude BARZACH) souhaite des " améliorations " à coût constant, la suppression des lits excédentaires par un basculement de la gestion sociale et médico-sociale des longs séjours par le secteur privé,

1992 : le rapport MASSE (Ministre délégué aux affaires sociales Bruno DURIEUX), veut favoriser l'intégration de la psychiatrie dans le dispositif de soins de l'hôpital général pour déstigmatiser la maladie mentale. Cette orientation aura plutôt pour effet de stigmatiser les services de psychiatrie implantés, comme les parents pauvres des hôpitaux généraux

1994 : le rapport CLERY-MELIN (DOUSTE-BLAZY) évoque le développement des mesures propres à développer les processus alternatifs à l'hospitalisation psychiatrique, y compris dans le privé. Décidemment, l'alternative privée semble constituer un remède indispensable à une psychiatrie publique fort dispendieuse.

2001 : le rapport PIEL et ROELANDT (KOUCHNER), opère un glissement sémantique important de la psychiatrie vers la santé mentale. Il souhaite adapter un modèle de la sectorisation aux réseaux territoriaux de santé mentale à l'échelle d'un bassin de santé. Il milite en faveur de la place et de la participation des usagers dans le dispositif de soin par l'intermédiaire du réseau en partenariat.

2009 : le rapport COUTY(BACHELOT) et ses 8 recommandations et plus particulièrement pour ce qui concerne notre propos :

- intégrer l'accompagnement des familles dans le dispositif de soins les soins, l
- étendre la représentation institutionnelle des usagers et accélérer le développement des Groupes d'entraide mutuelle,
- définir réglementairement une organisation graduée des soins psychiatriques et de la santé mentale en trois niveaux :
 - un niveau de proximité,
 - un niveau du territoire de santé qui assure l'hospitalisation,
 - un niveau régional ou interrégional d'expertise,
- redéfinir les missions du secteur au niveau de proximité extra hospitalier comme acteur déterminant, mais non exclusif, du soin psychiatrique,
- développer la prévention, lutter contre la dé stigmatisation, développer le travail de réseau et la veille sanitaire(CLSM)

Il aura fallu trente ans pour que l'on découvre certaines vertus à la réflexion de DEMAY. Il est vrai que certaines similitudes historiques concernant la fragilité de nos finances publiques peuvent contribuer à une convergence de point de vue :

- Tout d'abord sur le besoin de reconnaître à la psychiatrie sa spécificité et que l'organisation de la discipline psychiatrique ne se traite pas comme la MCO².
- Sur la lutte contre toute forme de stigmatisation de la maladie mentale,
- Sur la recherche incontournable de la collaboration et de la participation des usagers et de leur famille,
- Enfin du principe incontournable de la continuité des soins contribuant à une autonomie socio-économique de l'utilisateur

L'hôpital ne doit plus être le lieu de référence du soin en santé mentale ; il devait être dispensé sur le secteur pour DEMAY. Pour COUTY il s'agit de le replacer au niveau du

² Médecine, chirurgie, obstétrique

territoire, faute d'avoir pu en son temps appliquer le modèle du secteur à l'ensemble du sanitaire et de la médecine de ville.

Les textes de loi

Afin de se dégager de l'aspect idéologique, prenons un temps pour explorer une application plus concrète. Ces différents rapports ont inspiré le législateur et j'ai choisi les repères, à mon sens, les plus significatifs en rapport avec mon projet.

La circulaire du 15 mars 1960³ :

Les fondements de la sectorisation psychiatrique et le début de la psychiatrie « hors les murs »

Après la deuxième guerre mondiale, sous la férule de médecins psychiatres comme Lucien BONNAFE et Henri EY la rédaction d'un livre blanc allait engager les pouvoirs publics dans la voie de la désaliénation. Ce nouveau courant psychiatrique mènera à la sectorisation psychiatrique consacrée légalement par une simple circulaire. La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales engage les hôpitaux psychiatriques à accueillir des malades des deux sexes provenant de lieux géographiques découpés en secteurs. Elle autorise également les équipes médicales et soignantes à suivre le malade dans ses lieux de vie et le cas échéant, de travail. La finalité est de créer un dispositif adapté et efficace, l'hospitalisation ne représentant qu'un temps limité de la prise en charge

- en traitant la maladie à un stade précoce,
- en séparant le moins possible le malade de sa famille et de son milieu,
- en assurant des soins de suite pour éviter la rechute et les hospitalisations multiples.
- En créant des structures extra-hospitalières telles que les dispensaires d'hygiène mentale, les foyers et les ateliers protégés.

Le principe de la continuité des soins assurée par une même équipe est déjà clairement posé.

La loi du 31 décembre 1970⁴

³ Circulaire relative au plan directeur des hôpitaux

La loi instaure une carte sanitaire hospitalière, le territoire est ainsi divisée en secteurs sanitaires, qui regroupent 80 000 habitants par circonscription afin d'autoriser la construction d'un plateau technique minimal. Elle propose, en supprimant de nombreux petits établissements publics, une coopération inter-hospitalière entre structures publiques et privées assurant le service public hospitalier. L'hôpital psychiatrique aussi hermétique qu'autonome entrouvre enfin ses grilles.

Point important, le droit des malades est abordé ; en effet le libre choix du médecin et de l'établissement pour le patient, ainsi que la possibilité d'accéder à son dossier médical hospitalier par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné par le demandeur devient possible.

La loi du 25 juillet 1985⁵ : Officialisation de la sectorisation psychiatrique

A l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, les services sont affectés à chaque secteur marquant ainsi une volonté de soigner la pathologie mentale en suivant le patient de son lieu de vie à l'hôpital et réciproquement. L'ensemble s'appuie sur l'externalisation des soins, de l'hôpital vers un milieu ouvert dans des centres de consultation appelés centre médico-psychologique de proximité.

La loi du 4 mars 2002⁶ : Le droit des malades

Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier

Elle permet aux patients d'accéder librement et sans intermédiaire à leur dossier médical. Elle prévoit que le patient peut être assisté d'une personne de confiance. Cette information médicale est nécessaire au malade pour consentir aux soins. Seule l'urgence médicale autorise

⁴ Loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière

⁵ Loi n°85-772 portant diverses dispositions d'ordre social

⁶ Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier

le médecin à outrepasser les volontés du malade et le soigner sans ou contre sa volonté. Elle transforme les droits des malades en droits des patients en engageant ces derniers à se constituer en associations

2009. La loi HPST Hôpital Patients Santé Territoires⁷

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

L'hôpital disparaît, tout du moins sur le plan sémantique, et la discipline psychiatrique se met au service du public. En effet, la loi redéfinit les missions des établissements de santé et substitue la notion de service public hospitalier à celle de service public.

Des quatorze missions de service public décrites par le texte, certaines illustrent parfaitement la démarche de santé communautaire :

- La permanence de soins;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination;
- L'aide médicale urgente conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, et les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Enfin cette loi initie à la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, leurs compétences portent sur la promotion de la santé et de la prévention, la veille et de la sécurité sanitaire, l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires, les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins des personnes, et enfin l'accompagnement médico-social dépendent d'une seule direction.

⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Volonté d'efficacité dans le management, d'inscrire les problématiques de santé dans une dimension sociétale élargie, la démarche est cohérente même si la taille du vaisseau est impressionnante

Enfin je termine ce chapitre par une citation du rapport PIEL ROLANDT

''Pour tout cela il faudrait en finir avec la confusion ancestrale qui irrigue (ou assèche ?) la psychiatrie publique et qui lui fait croire qu'elle est toujours seule en charge, comme aux temps asilaires, en même temps du soin et de la totalité de la prise en charge sociale des personnes qui s'adressent à elle. Dans la perspective évolutive actuelle des soins en santé mentale elle est bien incapable de continuer à assumer cette double responsabilité. Il faut qu'elle se recentre sur sa mission de soins et insiste sur le partage collégial des missions car elle est trop souvent repliée sur ses chapelles théoriques et ses " vérités ", qui ne seraient pas partageables. Cette problématique se retrouve à l'identique dans le social et le médico-social. Le travail en réseau doit renforcer le lien social et non pas, comme certains le craignent, le contrôle social⁸''

Il est clair qu'il serait dommage, sous couvert de l'intention louable d'exercer des soins au plus près de la population au cœur de la cité, de vouloir gérer la dimension holistique du mal être de notre société en se substituant à des organisations qui peuvent y répondre mieux que nous. Faisons preuve de modestie et proposons notre concours à la puissance publique à une place qui devrait rester la notre.

b Le mouvement communautaire

Outre atlantique, une nouvelle discipline se développe dans les années 70 ; la psychologie communautaire. A cette même période, pour répondre aux problématiques de santé publique associant de plus en plus maladie et détresse sociale, le gouvernement du Québec organise la création de CLSC, centres locaux de service communautaire, associant dans un même lieu des prestations de soins, de prévention et de services sociaux.

La psychologie communautaire est une branche de la discipline psychologique qui aborde le soin de manière holistique associant à la santé des territoires la justice sociale. Elle s'intéresse

⁸ Rapport PIEL-ROELANDT Rapport de Mission - Juillet 2001

non plus aux individus seuls mais aux individus dans leurs environnements. L'accent est mis sur l'*empowerment* et la promotion des compétences et des ressources de l'utilisateur..

« L'empowerment constitue la manière par laquelle le sujet va accroître ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle »⁹

« ...La psychologie communautaire offre une légitimité aux psychologues désireux d'être à l'origine d'initiatives dans l'élaboration de systèmes participatifs de santé. En travaillant étroitement avec les usagers et en adoptant une démarche empirique (donc critique), le professionnel peut travailler à l'élaboration de modèles adaptés. Il constitue un relais entre les usagers et les lieux de santé, soucieux de les intégrer aux décisions qui les concernent, mais également entre les usagers et les élus, avec l'objectif de réussir de l'organisation territoriale des systèmes de santé mentale. »¹⁰

C'est 20 ans plus tard qu'elle franchit l'atlantique sous l'impulsion des personnes séropositives. Le mouvement se trouve renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui requalifient les usagers comme acteurs de leur propre santé. Mais également avec la promulgation de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui propose d'une part une définition du handicap psychique.

« La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement... S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs. »¹¹

⁹ Eisen, 1994; Rappaport, 1987.

¹⁰ Thomas SAIAS Dossier Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire Framework and concepts of community psychology

¹¹ OMS/UNICEF, Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. OMS, Genève, réimpression 1986, pp. 55-56

La volonté est clairement exprimée, il s'agit de positionner l'utilisateur au cœur du dispositif des soins, mais aussi de rechercher sa participation à l'évolution de l'organisation des soins mais aussi plus globalement du cadre de vie, du logement, du transport des activités culturelles dans la cité comme partenaire du dispositif communautaire.

c Les Conseils Locaux de Santé Mentale en France

Si la gestion des problèmes de santé mentale est l'affaire de la communauté ; il faut créer une instance pour coordonner ses actions, un des outils pour mettre en place cette concertation et permettre une prise en charge globale au plus près de l'utilisateur dans son cadre de vie est le conseil local de santé mentale (Clsm).

Le secteur de psychiatrie doit permettre, je cite :

« d'assurer, dans la proximité et la durée, la continuité des soins auprès de patients vulnérables qui sont rarement demandeurs des soins. Il assure ces missions avec l'ensemble des acteurs concernés si besoin dans le cadre d'un conseil de santé mentale de secteur¹² ».

Une instance capable de réunir les acteurs locaux d'une grande ville, d'une commune ou d'un groupement de communes avec les professionnels de la santé mentale du secteur géographique correspondant.

Il définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

Ses objectifs stratégiques :

- *mettre en place une observation en santé mentale,*
- *permettre l'accès et la continuité des soins,*
- *favoriser l'inclusion sociale et l'autonomie des usagers,*
- *participer aux actions de lutte contre la stigmatisation,*
- *promouvoir la santé mentale*

lorsqu'il existe un Contrat local de santé établi entre la ville et l'ARS, le CLSM est le dispositif privilégié de la mise en œuvre de son volet « santé mentale »

Ses objectifs opérationnels :

- *prioriser des axes de travail en fonction des besoins,*
- *développer une stratégie locale qui réponde aux besoins tant sur le plan de la prévention, de l'accès et de la continuité des soins, que de l'inclusion sociale,*

¹². Circulaire de 1960

- *mettre en œuvre des actions pour répondre aux besoins et favoriser la création de structures nécessaires,*
- *développer et conforter le partenariat nécessaire et efficace à la réalisation des actions »¹³*

Le Clsm constitue véritablement une plate forme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Actuellement en France, plus de 72 Clsm sont opérationnels et une soixantaine sont en projet.¹⁴

B Contexte régional

a La santé mentale dans le Nord /Pas de calais

Avant d'aborder l'organisation sanitaire du bassin lillois, il convient d'évoquer l'état des lieux de notre région et les choix politiques qui en sont la résultante, la situation socio-économique difficile de notre région ayant fortement impacté l'ARS dans ses choix

La région Nord Pas-de-Calais est une région jeune et très peuplée. Le taux de chômage est un des plus forts du territoire national et le taux d'espérance de vie à 60 ans un des plus faibles. Le niveau du taux de tentatives de suicide et de détresse psychologique, occupe toujours un rang très défavorable. L'anxiété, la dépression et le suicide masculin y sont enregistrés avec des fréquences particulièrement élevées.

Malgré tout, la région possède des atouts avec la F2RSM¹⁵ rassemblant la totalité des établissements et services de psychiatrie de la région, et l'implantation du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et le formation en santé mentale

¹³ Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale CCOMS

¹⁴ Recensement du CCOMS d'août 2013

¹⁵ Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

b Le Programme Régional de Santé Mentale du PRS¹⁶

Les objectifs définis dans le PRS consistent en priorité à mieux appréhender les besoins de la population et les réponses existantes, notamment par leur identification à un niveau micro local :

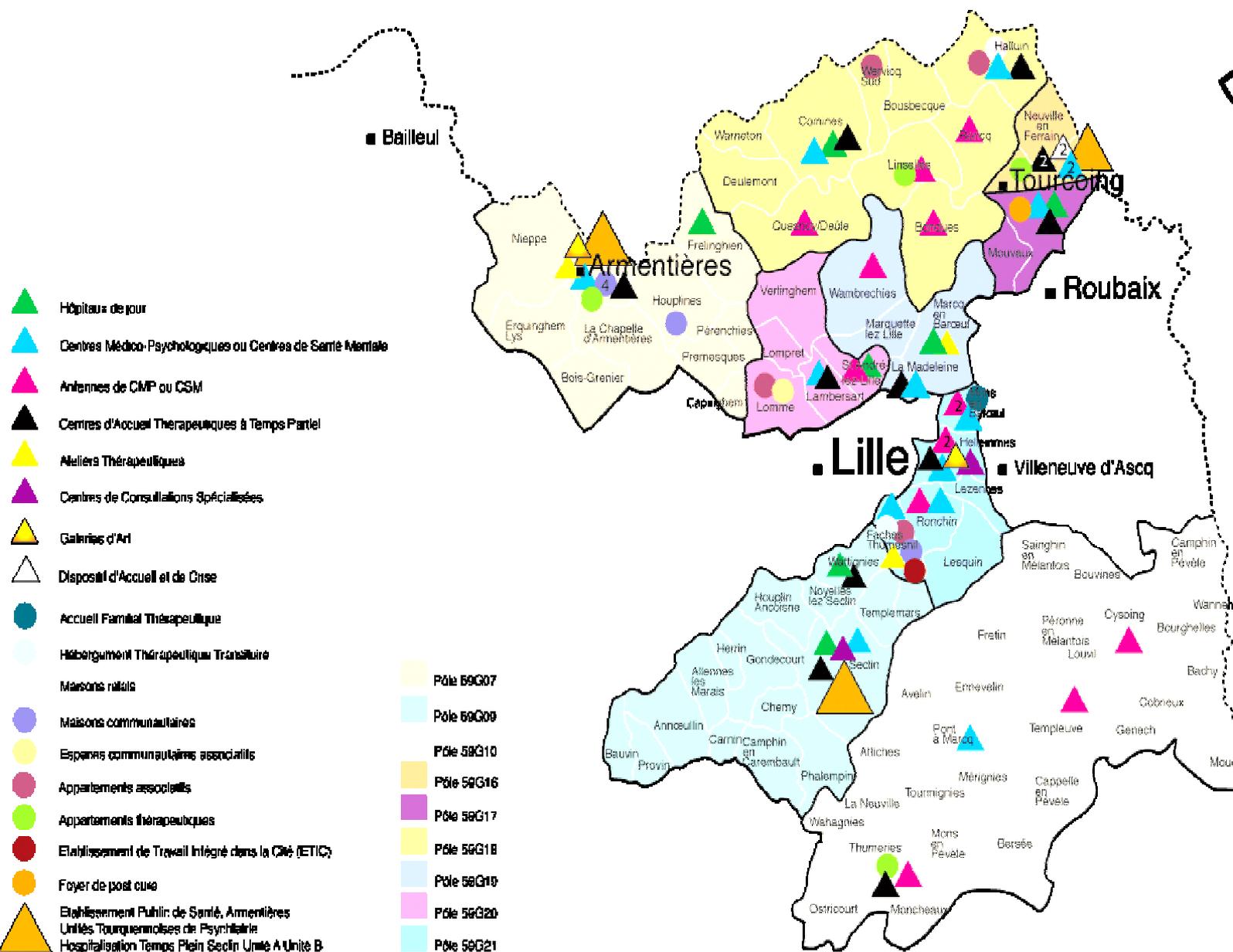
- Adapter et impulser au niveau de la zone de proximité, en lien avec les partenaires, la politique de psychiatrie et santé mentale définie dans le PRSM
- Permettre la création d'un CLSM par zone de proximité sans présager de la couverture géographique dans le respect des dynamiques locales existantes (ateliers santé ville (ASV) réseaux précarité santé mentale (RPSM) ...)
- Suivre et adapter le service rendu par les établissements et services en regard des besoins identifiés de la population

Sur un plan opérationnel, il faut :

- Constituer sur chaque zone de proximité un groupe de réflexion psychiatrie santé mentale articulé avec la conférence de territoire
- Mettre en place avec les partenaires des groupes de travail par zones de proximité, avec présentation des acteurs sanitaires, sociaux, médicosociaux, recensement des besoins de la population dans les domaines des coopérations sanitaire, sociale et médicosociale, des conventions, du projet de vie, de l'accès aux droits, au logement, à l'éducation et à l'emploi, des loisirs
- Instaurer une dynamique à partir d'un état des lieux qualitatif et quantitatif de l'existant au niveau local (par zone de proximité, par secteur de psychiatrie et infra)
- Utiliser les appels à projets ou les ouvertures de fenêtre pour faire remonter des projets collectifs ou concertés complémentaires à ceux qui existent sur le territoire de santé
- Doter prioritairement en moyens les ZP déficitaires en ressources et équipements face aux besoins de leurs populations étayés par des indicateurs sanitaires et sociaux en instaurant progressivement la péréquation régionale
- Élaborer un cahier des charges pour les Clsm et lancer un appel à candidatures

¹⁶ Extrait du PRSM du projet régional de santé Nord Pas de Calais 2012-2016

C EPSSM-LM¹⁷ une psychiatrie ouverte sur la ville



Au décours des évolutions réglementaires le centre hospitalier spécialisé est devenu un établissement public de santé mentale, il prend actuellement en charge une population de 632 803 habitants qui correspond à la population de l'agglomération lilloise exception faite de

¹⁷ Présentation extraite du document de présentation de l'EPSSM (Etablissement public de santé mentale) Lille Métropole

la ville Roubaix et de la ville de Lille intra muros. L'Etablissement regroupe neuf pôles de psychiatrie générale adulte et un pôle de psychiatrie pour enfants et adolescents. 20 488 personnes y ont été traitées à temps complet, partiel ou en soins ambulatoires, soit :

- ❑ 2 780 personnes prises en charge à temps complet
- ❑ 1 996 personnes prises en charge à temps partiel
- ❑ 19 953 personnes en soins ambulatoires

Ce qui représente plus de 80% en soins ambulatoires

En termes de moyens humains l'Etablissement compte 1 934 professionnels

En hospitalisation temps complet l'établissement dispose de :

- ❑ 401 lits d'hospitalisation temps plein
- ❑ 120 lits de suivi médico-social (Maison d'Accueil Spécialisée)

Les alternatives à l'hospitalisation pour les 10 pôles regroupent :

- ❑ 17 Centres Médico Psychologiques + 14 antennes de consultations
- ❑ 2 Centres de consultations spécialisées
- ❑ Près de 150 places en Filière Hébergement (associatif, communautaire)
- ❑ 8 lits de Centre Intersectoriel d'Accueil et de Crise
- ❑ 39 lits d'Appartements Thérapeutiques
- ❑ 10 lits en Centre de Post cure
- ❑ 22 places d'Accueil Familial Thérapeutique
- ❑ 166 places réparties en 10 Hôpitaux de Jour
- ❑ 14 Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel + antennes
- ❑ 3 Ateliers Thérapeutiques

Comme nous pouvons nous en rendre compte à partir de ce panorama, sur un plan institutionnel le soin en santé mentale s'est orienté clairement vers la cité même si parfois l'organisation interne manifeste quelques hoquets hospitalo centriques. La faute en appartenant plus aux impératifs réglementaires, d'une gestion rigoureuse et d'un sacro saint management par la qualité, qu'à la volonté des hommes.

Néanmoins le projet de l'établissement et l'implication de tous les secteurs convergent dans la même volonté de «soigner dans la ville »

La plupart des personnes qui s'adressent aujourd'hui à l'EPSM Lille-Métropole sont susceptibles de bénéficier de prises en charge médicales diversifiées et adaptées, au plus proche de leur domicile.

III Origine du partenariat

A *Le pôle 59g20*

a Présentation du pôle

L'aire géo démographique du secteur correspond aux communes de Lambersart, Lomme, Saint-André, Lompret, Verlinghem, et compte 75 000 habitants environ.

En 2008 : le pôle disposait de 5 UF¹⁸

- le CMP qui assurait les soins ambulatoires
- le centre activité thérapeutique à temps partiel CATT
- L'INTERMEDE un hôpital de jour de 15 places
- L'unité Charles LASEGUE installée sur le site d'Armentières (à 15 kms du secteur) est une unité d'hospitalisation d'admission temps plein de 19 lits
- L'unité Valentin MAGNAN installée sur le site d'Armentières (à 15 kms du secteur) est une unité d'hospitalisations moyen séjour temps plein de 20 lits

En 2012, avec l'évolution du projet, la mission et l'organisation des 5 UF ont évolué et nous disposons de 2 Unités Fonctionnelles supplémentaires :

- Le CMP, situé à Lambersart, est actuellement considéré comme le pivot du système, il assure la coordination et l'accueil des demandes de soins du secteur. En organisant des

¹⁸ Unités Fonctionnelles

actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, il permet de réaliser une orientation plus précise aux situations cliniques rencontrées et évite des hospitalisations directes parfois inadaptées et anxiogènes. En réponse à l'augmentation constante de l'activité ; une antenne de consultations médicales et d'entretiens infirmiers a été organisée sur l'hôpital de jour de Saint André. Un partenariat avec les institutions ou établissements installés sur le secteur (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyer logement, foyers d'accueil médicalisés, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, foyers d'hébergement, maisons relais) s'est développé. Ce travail de réseau a nécessité la mise en place de référents infirmiers et la création ou le réaménagement de documents type convention.

- ❑ Le CATTP, situé dans le même bâtiment que le CMP, a pour vocation de maintenir ou de favoriser une existence autonome par des actions de soutien et d'ateliers thérapeutiques à médiation de groupe. Il s'est réorganisé avec notamment la participation des professionnels infirmiers de l'Hôpital de Jour afin de pouvoir disposer d'un pôle de soins à médiation, ce qui a permis de diversifier les types de prise en charge.
- ❑ L'INTERMEDE, situé sur la commune de Saint-André, assure aujourd'hui des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée. Avec un turnover plus important, il permet progressivement de proposer une véritable alternative à l'hospitalisation à temps complet.
- ❑ L'Equipe Mobile de Soins et d'Interventions à Domicile(EMSIAD) est opérationnelle depuis février 2012, elle apporte au patient des soins coordonnés, à son domicile, d'une particulière intensité afin d'éviter, d'écourter ou de prendre le relais d'une hospitalisation
- ❑ Charles LASEGUE: unité d'admission de 19 lits accueille l'ensemble des pathologies aiguës quel que soit le type de soins (libres ou sans consentement). Avec la création de l'EMSIAD nous pouvons constater que la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des lits a progressivement reculé de manière significative.
- ❑ Le DELTA s'est substitué à Valentin MAGNAN en changeant de vocation. De l'hospitalisation moyen séjour (qui n'ont parfois de moyen que le nom) l'unité est passé d'une capacité de 20 lits à 8 lits. A vocation d'adaptation de réinsertion sociale, cette mutation est la première étape de la création d'une équipe mobile de réinsertion et de la création d'une unité appartement thérapeutique sur le secteur

- Une unité d'accueil familial thérapeutique: d'une capacité de 2 places elle est une modalité particulière d'hospitalisation à temps complet. L'équipe d'accueil familial thérapeutique organise le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable (famille d'accueil agréée), en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie.

b Projet du pôle

Il s'agit plus exactement de l'avant projet de contrat de pôle constitue la trame du contrat de pôle et devrait être soumis à signature à la fin de l'année 2013.

Il définit les priorités du projet de pôle en 6 axes

➤ **La proximité**

Elle nécessite une re localisation sur la commune de LOMME des lits d'hospitalisation à temps plein, avec la création d'une unité d'admission sectorielle de 15 lits et 5 lits dans l'unité bi sectorielle commune au secteur limitrophe. Le développement de la psychiatrie de liaison avec le service des urgences à proximité

➤ **L'accès aux soins**

Réflexion au sein du pôle et avec les partenaires de création d'outils permettant de mieux repérer

- les « perdus de vue » et suicidants
- les populations spécifiques: personnes âgées, détenus, personnes en situation de précarité et les adolescents

➤ **L'accès au logement**

- appartements associatifs
- participation au programme « un chez soi d'abord »
- projet de convention avec un bailleur privé

- projet de convention avec le CHRS¹⁹ AGORA préparant l'accès à un logement

➤ **La prévention**

- développement de l'éducation thérapeutique
- actions de prévention dans les établissements scolaires et structures médico-sociales
- actions ciblées : suicide, conduites d'addiction, ...

➤ **Actions associant : usagers aidants, communes et culture**

- usagers : aide à la création d'un Groupe d'Entraide Mutuelle GEM²⁰
- aidants : groupes de paroles pour proches de patients psychotiques
- communes : projet de conseil local de santé mentale
- assemblée générale élargie aux partenaires, associations d'usagers, élus
- développement de la prise en compte de la culture et l'art comme médiations de soins

➤ **Qualité et Recherche**

- participation des professionnels du pôle dans les comités de recherche de l'établissement
- amélioration de la qualité de vie au travail pour les professionnels mais également pour l'impact direct sur le service rendu au patient,
- participation du pôle à l'enquête Santé Mentale en Population Générale en 2013

Le projet est ambitieux mais réaliste au regard des besoins et de l'exigence d'assurer une réponse adaptée au besoin de la population du secteur, il est réalisable à la condition de bénéficier de moyens supplémentaires pour atteindre certains objectifs. Un autre angle d'attaque afin d'apporter des réponses à la pénurie de moyens réside dans la consolidation de partenariats existants et le développement de nouveaux.

¹⁹ Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

²⁰ Groupe d'entraide mutuelle

B La ville de Lambersart

La commune de Lambersart compte 25 000 habitants environ, elle se situe au nord de la ville de Lille, la population est assez hétérogène. Mais la grande précarité n'est présente que dans 2 quartiers principalement et n'est que partiellement représentative de l'ensemble de la population. Tournons nous maintenant plus précisément sur l'organisation qui prend en charge tout ce qui relève des problématiques sociales dans la ville : le CCAS²¹

a Les missions d'un CCAS

Le CCAS est un établissement public administratif communal, il : « anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune en liaison étroite avec les institutions publiques et privées.... »²²

Il est présidé par le Maire et son conseil d'administration est composé d'élus locaux désignés par le conseil municipal et de personnes qualifiées dans le secteur de l'action sociale, nommées par le maire (un représentant des associations de personnes handicapées, un représentant des associations de retraités et de personnes âgées et un représentant des associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion).

b Les obligations assignées aux CCAS :

- ❑ la domiciliation des personnes sans résidence stable : Loi DALO²³
- ❑ la participation à l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale légale²⁴
- ❑ la lutte contre l'exclusion

²¹ Centre communal d'actions sociales

²² Décret n°95-562 du 6 mai 1995 relatif aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale ainsi qu'aux sections de centre communal d'action sociale des communes associées et portant dispositions particulières applicables aux centres communaux d'action sociale de Marseille et de Lyon

²³ Loi relative au droit d'accès au logement opposable du 5 mars 2007)

²⁴ L.123-5 code de l'action sociale et des familles et L.131-1code de l'éducation

La loi du 29 juillet 1998²⁵ a fait de la lutte contre les exclusions « un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ». Les CCAS, au même titre que l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale et les établissements sociaux et médico-sociaux, doivent mettre en place « une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions ».

□ l'analyse des besoins sociaux²⁶:

L'analyse des besoins sociaux, de l'ensemble de la population de la commune, constitue au regard de l'article R.123-1 du code de l'action sociale et des familles une obligation annuelle de résultat pour les CCAS /CIAS²⁷.

Cette démarche donne au CCAS « *une place privilégiée en matière d'observation, de prospective, d'analyse et de réponse aux besoins sociaux des populations, leur permettant de réaffirmer leur rôle central d'animateur du partenariat social sur un territoire* »²⁸

IV Evolution du partenariat : facteurs favorables

Les difficultés de nos deux secteurs d'activité à travailler ensemble tiennent à des logiques institutionnelles différentes mais relèvent principalement d'une méconnaissance des métiers et du manque d'habitude de relations et de partenariats actifs.

Il y a nécessité à mettre en place des outils propices à l'installation d'un climat de collaboration.

²⁵ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

²⁶ articles 1 et 2, décret du 6 mai 1995

²⁷ Centre inter communal d'action sociale

²⁸ Site internet Union Nationale des CCAS

J'ai pris mes fonctions de cadre de santé au 59 G20 sur le CMP de Lambersart en avril 2010 et force est de constater que mes premiers contacts professionnels avec le CCAS étaient moins cordiaux. Les premières rencontres, à l'époque, concernaient une personne souffrant de troubles psychiques invalidant et dans le refus de soin malgré des sollicitations régulières de notre service de soins. Résidant sur la commune, elle présentait un syndrome de Diogène qui occasionnait une pression du voisinage et engageait les services sociaux communaux à agir vite. Les points de vue étaient difficiles à faire entendre de part et d'autres et nos rencontres ne servaient qu'à manifester nos désaccords.

Pour nos partenaires, la seule solution envisageable pour cette personne était l'hospitalisation comme un substitut au logement ce qu'évidemment nous soignants ne pouvions accepter. Sans entrer plus avant dans les détails et la gestion de cette situation, ce qui est intéressant de retenir c'est que la situation conflictuelle a perduré pendant de nombreux mois et que cette situation figée de fait n'a pas été au bénéfice de cette personne.

Evoquant ce souvenir avec nos partenaires il y a quelques semaines nous avons pu mesurer le chemin parcouru.

A La démarche ABS²⁹ de Lambersart

Il s'agit avant tout d'une démarche partenariale qui nécessite une mobilisation de tous les acteurs et partenaires du territoire, mais aussi d'une analyse alliant statistiques et analyses qualitatives. Elle a pour but de :

- ❑ déterminer des thématiques qui feront l'objet d'une collecte de données,
- ❑ repérer les informations disponibles en interne et en externe, et les niveaux territoriaux pertinents,
- ❑ définir les indicateurs qui feront l'objet d'une présentation,
- ❑ réaliser des analyses partagées,
- ❑ identifier des préconisations

²⁹ Analyse des besoins sociaux

Les partenaires désignés : Conseil Général, Caisse d'Allocations Familiales, Caisse Régionale et Primaire d'Assurance Maladie, Mission Locale, associations médico-sociales et CMP de Lambersart.

La particularité de la commune de Lambersart et de son CCAS a été d'intégrer la santé mentale dès le début de son travail de réflexion.

Des réunions avec les partenaires permettant des échanges entre professionnels, un recueil de données externes et une analyse partagée ont ainsi été organisées par le CCAS.

La première rencontre des partenaires s'est tenue en début d'année 2012. Classiquement, notre pôle était représenté par les assistantes sociales et c'est un peu le fruit du hasard qui m'a amené à participer à cette réunion pour pallier l'indisponibilité de mes collègues. L'orientation présentée par la Direction du CCAS de Lambersart s'est focalisée sur 2 problématiques.

Une étude ciblée sur le quartier CANTELEU

Les quartiers Canteleu et Pacot-Vandracq sont les 2 quartiers de la commune où une proportion significative de la population accumule depuis quelques années un certain nombre de difficultés. Comme pour Le Pacot-Vandracq qui a bénéficié d'un travail de réhabilitation, une opération d'envergure est à mettre en chantier.

Une étude sur l'isolement social

Constat avait été fait que certains administrés accumulaient des difficultés socio économique, et une souffrance psychologique supposée. En qualité de professionnel de la santé mentale, ma participation dans la deuxième étude a été retenue.

Avant de décrire l'état de l'avancée des travaux de ce groupe de travail, je souhaitais consacrer un dernier sous chapitre traitant de la problématique du cloisonnement de nos organisations et institutions mise en lumière dans le haut conseil de la santé publique.

« Le Plan Psychiatrie et Santé mentale fait une place prépondérante au décloisonnement des prises en charge en insistant sur la complémentarité des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Les pathologies psychiatriques sont, en effet, souvent des maladies au long cours qui perturbent profondément la vie familiale, sociale et professionnelle des personnes qui en sont atteintes. En complémentarité avec les soins, un accompagnement est la plupart du temps nécessaire pour accéder à un logement ou à un hébergement, pour l'aide à la vie

quotidienne et à la réinsertion dans la vie active. L'articulation des différents acteurs est donc essentielle aux trajectoires de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Le Plan considérait ainsi « qu'un enjeu important résidait dans le renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes³⁰ »

B Le volet formation

L'aspect formation, comme nous avons pu nous en apercevoir dans les chapitres précédents, est souligné comme facteur important de changement des pratiques. Le problème doit être abordé sur les deux besoins, en terme de savoir faire.

À la gestion de la maladie mentale

Les professionnels intervenant au sein des structures sociales ou médico-sociales ne sont généralement pas formés à la gestion de la maladie mentale, leur apprentissage se fait sur le terrain autour de trois types de formation :

- ❑ La formation théorique animée par des professionnels du sanitaire,
- ❑ Les stages pratiques ou stages croisés d'immersion : le stage pratique peut remplir un double objectif. Il s'agit d'une part de se confronter à la réalité du terrain, d'autre part d'appréhender les manières de travailler de chacun des services et de faire connaissance avec leurs équipes.
- ❑ La formation informelle : les rencontres entre professionnels pour partager leurs expériences ont pour objet d'une part d'évoquer les problèmes rencontrés et d'y trouver ensemble des solutions, mais aussi de tisser des liens professionnels.

À l'accompagnement médico-social

Elles permettent de parfaire la connaissance de l'étendue des structures sociales et médico-sociales existantes et de leurs particularités par les professionnels du secteur sanitaire.

Des stages croisés entre le pôle 59 g20, l'UTPAS de Lomme-Lambersart et le CCAS de Lambersart sont en cours de conventionnement et devraient démarrer au 4ème trimestre de

³⁰ Rapport d'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005- 2008 par le comité d'évaluation du haut conseil de la santé publique en septembre 2011. P 93

cette année. Des rencontres avec les équipes des foyers médico-sociaux et autres foyers implantés sur le secteur sont organisées périodiquement et peuvent être à l'origine de courtes périodes d'immersion à la demande.

C Les consultations extérieures et le partenariat

Une enquête nationale³¹ réalisée auprès de l'ensemble des acteurs, du sanitaire comme du médico-social, montre l'importance des connaissances interpersonnelles dans le processus de décroisement. Les consultations de la psychiatrie dans les structures médico-sociales permettent ainsi aux acteurs des deux secteurs de nouer des liens et de construire une habitude de travail commun. Les rencontres périodiques partenariales énoncées précédemment dans le volet formation nous donnent l'occasion de recenser les besoins nouveaux mais aussi d'évaluer et de réajuster l'organisation de nos consultations extérieures.

Nous intervenons actuellement sur différentes structures de type :

EHPAD³², foyers logement , foyers d'accueil mère enfant, CHRS, CADA³³, service d'urgences, foyers d'accueil médicalisé.

Il est à préciser que ces consultations prennent la forme, dans la plupart des cas, d'accueil infirmier d'orientation « hors murs », mais quand la situation clinique le demande des consultations médicales sont organisées. La constitution de réseaux formalisés : établissement de conventions qui balisent le cadre des interventions du secteur psychiatrique sur le secteur et peuvent garantir le retour du patient dans la structure médico-sociale hébergeante après l'hospitalisation. L'accent doit être mis encore une fois sur l'importance des connaissances interpersonnelles dans la mise en place de partenariat

V Le groupe isolement social souffrance psychique

Il s'agit là du 1^{er} projet formalisé de coordination et de concertation.

³¹ *dans le cadre de l'Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 p85

³² Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

³³ Centre d'accueil de demandeurs d'asile

A Approche méthodologique

Un consultant est chargé de réaliser un diagnostic social de l'ensemble de la commune. Les résultats de cette analyse seront enrichis par les apports du CCAS et de ses partenaires, à partir de la connaissance qu'ils ont des problématiques de leur territoire et des actions qu'ils mettent déjà en oeuvre. Cette confrontation doit aboutir à la proposition d'axes d'intervention comme aide au CCAS à la définition de ses priorités d'action sociale.

Suite aux travaux menés dans le cadre de la démarche ABS, et des problématiques qui ont pu être soulevées notamment celle relative à l'isolement, c'est le CREAI³⁴ qui sera missionné par la direction du CCAS.

Quelques précisions sur les missions des CREAI paraissent nécessaires à la poursuite du propos.

« ...Les CREAI ont pour mission principale d'être des lieux de repérage et d'analyse des besoins et d'étude des réponses à y apporter, des lieux de rencontre et de réflexion entre les élus, les représentants des forces sociales et ceux des administrations concernés, de fournir des analyses et des avis techniques aux décideurs ainsi qu'aux gestionnaires des établissements et services. Ils ont, à cet égard, un rôle important à jouer comme outil technique au service des responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées et inadaptées à l'échelon régional... »

Dès l'origine, les CREAI ont une double fonction :

- *Fonction d'expertise : impulser, favoriser et accompagner techniquement toutes les initiatives associatives et publiques concernant les problèmes posés par les enfants, adolescents, et adultes, en situation d'exclusion, de handicap et d'inadaptation.*
- *Fonction de régulation : aider les instances d'Etat à coordonner et à réguler ces initiatives en leur apportant des avis techniques circonstanciés, favorisant la planification des équipements et des services sociaux et médico-sociaux... »³⁵*

Cette participation en qualité d'expertise méthodologique du CREAI présente l'avantage de solliciter une expertise indépendante et non inscrite dans le champ du sanitaire. Cette initiative du Directeur du CCAS dégage le pôle de psychiatrie d'une place d'expert ou de

³⁴ Centre Régional pour l'Enfance et les Adultes Inadaptés

³⁵ Extrait du document relatif aux statuts du CREAI Nord Pas de Calais l'article 2 relatif à la circulaire du 13 janvier 1984 précisant les missions

maître d'ouvrage qui pourrait brouiller les cartes. L'initiative et l'organisation restent entre les mains des élus.

B Constitution du groupe de travail

Restreint, ce groupe a néanmoins l'avantage de permettre à des professionnels de qualifications différentes provenant d'institutions de culture variée de se rencontrer. Ils se montrent, chacun à leur place respective, très impliqués par la problématique de la prise en charge de la santé communautaire

- une assistante socio éducative et un chef de service de l'UTPAS³⁶ représentent le conseil général,
- un chef de service de club prévention et un directeur Pôle Inclusion Social représentent le milieu associatif,
- un cadre de santé du pôle 59 G20 (moi même) et un infirmier diplômé d'état du CMP représentent la santé mentale,
- le directeur et un cadre socio-éducatif du CCAS représentent la collectivité locale

21 décembre 2012

La 1^{ère} réunion a permis à chacun d'entre nous de présenter nos organisations respectives et d'élaborer une démarche méthodologique. L'approche retenue consiste à travailler à partir de l'expérience de chacun. Les participants au fil des rencontres présenteront une ou deux situations complexes. Celles-ci sont très souvent révélatrices d'un isolement des professionnels et d'une absence de concertation. Au terme de ses rencontres, il est convenu que le CREA I rédige un document de synthèse l'échéancier a été fixé à 3 mois. Ce document validée par le groupe sera ensuite présenté au groupe élargi ABS.

Cette méthodologie présente deux avantages.

³⁶ Unité territoriale de prévention et d'action sociale

- Le premier, de poser comme préalable incontournable : le besoin d'améliorer pour chacun des membres leur niveau de connaissance des dispositifs et de leurs métiers respectifs.
- Le second, l'approche est pragmatique mais concernent des situations qui n'appellent pas à un devoir de réponse dans l'urgence mais bien plutôt à une analyse de l'aspect multi focal des points de vue. Au terme de cette première rencontre un calendrier est fixé à trois réunions d'échange sur les situations complexes. Le cadre fixé est que les présentations restent anonymes Les comptes-rendus seront rédigés par les membres du groupe chacun leur tour. Il s'avérera nécessaire de programmer une 4^{ème} rencontre pour finaliser le travail et valider le document de synthèse présenté au mois de juin.

C *Conclusions du groupe du travail*

Quatre termes seront ainsi dégagés de notre travail de réflexion et de concertation. Ils constituent une base sur lequel la construction des objectifs de la mise en oeuvre et le cadre déontologique vont pouvoir s'appuyer

L'inter connaissance : *ou la reconnaissance*

Pour les professionnels il sera question d'améliorer leur niveau de connaissance mutuelle du fonctionnement des différentes institutions mais aussi de la spécificité des métiers afin de mieux repérer les contraintes et les limites de chacun.

La co-évaluation : *comprendre*

Analyser, comprendre et évaluer ensemble les situations par une clarification des points de vue de chacun ; la finalité de cette seconde phase est de pouvoir créer les marges de manœuvre d'action.

La concertation : *s'organiser*

C'est un préalable essentiel à la vérification de la cohérence d'actions menées entre différents professionnels. Au terme du processus nous définirons qui pourrait être repéré comme l'accompagnateur référent de la situation évoquée.

La coordination : *Qui fait quoi ?*

S'organiser ensemble, articuler nos interventions pour accompagner la personne, à ce stade il y a nécessité d'informer l'utilisateur et de le positionner comme acteur de son projet.

De ce premier retour des propositions ont émergé, permettant de dégager des axes opérationnels

- Accès à l'autonomie personnelle (hygiène, santé, logement, emploi-formation, loisirs vie sociale)
 - Mieux prévenir la souffrance psychique et les facteurs de risques des maladies mentales
 - Favoriser le recours aux soins en psychiatrie générale et pédopsychiatrie
- Concertation entre professionnels du territoire permettant de mieux prendre en compte et favoriser la santé mentale des personnes adultes du territoire.
 - Organiser des temps de rencontres au rythme de 1 fois toutes les 6 semaines ;
 - Recenser dans chaque service les situations qui, en 2012, auraient pu faire l'objet de cette forme de concertation.
- Collaboration inter institutionnelle permettant une meilleure prise en compte des besoins des habitants.
 - Mise en place d'actions/stage croisé favorisant l'inter connaissance et la compréhension et limites d'actions de chacun des partenaires.
 - Mise en place d'actions/stage croisé favorisant l'inter connaissance et la compréhension et limites d'actions de chacun des partenaires.
 - Mise en place d'un répertoire territorial facilitant les contacts entre professionnels.
- Création d'un conseil local en santé mentale

VI Points forts et limites

A *Recueil des données*

En marge du travail réalisé par l'expert du CREAI, j'ai choisi de réaliser un recueil de ces rencontres. Cela m'a permis de rendre compte de ma participation et des orientations qui se profilent aux responsables du pôle. Ce recueil a été rédigé à partir de notes prises lors des rencontres, elles font état des remarques des différents membres du groupe

Ce compte rendu fait état de ce qui a été perçu par les travailleurs sociaux des échanges, il rend compte également de son analyse. Les termes figurant dans le document sont classés selon différentes rubriques.

- Représentations de l'action des professionnels de santé
 - les compétences présumées surestimées,
 - inaction supposée de l'autre
- Sentiments de l'accueillant face la situation
 - inquiétude
 - impuissance
 - situation envahissante
- Ce qui n'est pas ou insuffisamment questionné
 - le projet de l'utilisateur
 - les ressources de l'utilisateur
 - le sens de l'action
 - le projet induit du partenaire
 - la place du droit et de l'accès aux droits de la personne
 - le droit à communiquer à l'intérieur du réseau, selon quel code éthique
- Les risques
 - l'absence d'adhésion au projet de l'utilisateur
 - la juxtaposition de dispositifs
 - la multiplication des intervenants
 - la confusion des rôles
 - des actions non concertées n'intégrant pas la globalité de la problématique
 - l'injonction de vouloir tout régler et de dépasser son domaine de compétences

- ❑ Les réponses apportées à l'utilisateur
 - apporter des solutions
 - faire adhérer l'utilisateur à son projet
- ❑ L'intérêt du projet
 - ne pas attendre la crise pour agir
 - intégrer les potentialités mais aussi les limites de l'utilisateur
 - anticiper car l'urgence génère de la confusion
 - co-construction de modalités d'accompagnement
 - dépasser ses grilles de lecture ou plus exactement, les enrichir avec d'autres points de vue

La prise en compte des difficultés par les membres est assez bien traduite, l'analyse des manques est pertinente. En classant les termes forts du compte rendu, le constat paraît évident: le niveau de connaissance mutuel impacte directement sur la cohérence des réponses apportées à l'utilisateur.

B Eléments d'analyse

Pour ce qui touche à la connaissance des partenaires ; les idées préconçues nourries par une ignorance des métiers et des organisations et les risques générés sont clairement repérés.

Points forts :

- ❑ Implication
- ❑ Conviction
- ❑ Volonté de travailler ensemble

Axes d'amélioration :

Pour les partenaires

- ❑ Représentations sur la maladie mentale et le handicap psychique
- ❑ Représentation de l'organisation d'un pôle de psychiatrie
Connaissance des différents métiers

Pour les professionnels du pôle G20

- ❑ Niveau de connaissance des champs d'intervention de la commune et du département
- ❑ Niveau de connaissance de la place du milieu associatif dans les dispositifs santé

Au niveau du processus de l'accueil des usagers, l'inquiétude et le sentiment de solitude du professionnel risque d'être transmise à la personne accueillie par effet de contagion. En poursuivant la logique, dans ces situations complexes l'accueillant pour calmer un sentiment d'envahissement va vouloir répondre au plus vite avec des solutions qui intègrent peu ou trop partiellement la demande et les attentes de l'utilisateur.

C Les premiers résultats concrets

Dans la thématique inter connaissance, certes si elle est favorisée par les échanges entre professionnels dans le cadre du groupe de travail, une autre expérience a permis de la renforcer :

Lors de nos rencontres au printemps de cette année, un cadre socio-éducatif du CCAS a exprimé le souhait de faire son stage de formation qualifiante « CAFERUIS » (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale) au sein de notre pôle.

Dans son projet de stage d'une durée de 6 semaines, elle reprend les objectifs suivants :

« A travers ce stage en CMP, je souhaite acquérir une meilleure connaissance du public accueilli en psychiatrie, des modes d'intervention des équipes soignante et socio-éducative et de l'organisation institutionnelle. Je suis intéressée à approfondir la question de l'offre de soins du secteur psychiatrique à travers ses différentes alternatives à l'hospitalisation et ses programmes spécifiques. Ma participation aux différentes instances existantes, les échanges avec les professionnels et l'accès au centre de ressources de l'EPSM favoriseront cet objectif. De plus, une lecture partagée et éclairée avec différents intervenants du " plan psychiatrie santé mentale 2011-2015" et du "programme régional de santé mental" me permettra d'appréhender au mieux les différents enjeux. Cette approche de la prise en charge de la santé mentale m'apportera en tant que cadre une forme d'expertise et un recul nécessaire à

partager avec l'équipe du CCAS pour l'accueil et le suivi du public concerné et pour la mise en place de coopérations »³⁷

Cette professionnelle du CCAS confirme dans son rapport de stage l'intérêt de ce type d'expérience et la nécessité d'acquérir un vocabulaire commun aux professionnels de la psychiatrie, elle s'explique :

« Le fait d'être plongée dans le quotidien d'une structure, de participer aux différentes instances régulant l'activité, d'être confrontée à des situations concrètes gérées par le CMP est beaucoup plus parlant que n'importe quelle plaquette de présentation ou réunion . Cela permet de réajuster certaines représentations sur la psychiatrie en particulier à propos du soin sous contrainte qui souvent, paraît être, pour nos partenaires, la seule solution. Mais aussi sur une vision d'un travail très médicalisé de l'infirmier alors que la notion d'écoute est aussi au cœur de son intervention. Les échanges sur les pratiques respectives suscités par les observations faites durant le stage ont permis de mieux comprendre les modes de prise en charge et les enjeux institutionnels »

Même s'il n'en a pas tout à fait la forme, il s'agit là d'une première expérience de stage croisé, dans le cadre d'un stage de terrain pour un cadre du CCAS certes, mais il nous engage à poursuivre dans cette direction en favorisant l'accueil de nos partenaires et en nous déplaçant dans leur institution.

VII Pistes de travail

Deux rendez-vous du groupe isolement social ont été fixés en septembre pour boucler les dernières modalités et le projet sera présenté à l'assemblée ABS en octobre. Cette cellule de gestion de situations complexes (aucun nom n'a été évoqué à ce jour) devrait être opérationnelle au cours du 4^{ème} trimestre de cette année.

Afin de faciliter et permettre la reconnaissance de ce travail par les différentes instances institutionnelles et politiques des partenaires concernés, il importera au maître d'œuvre : la commune de Lambersart de définir les attendus et « plus-values » de ce travail et de définir les critères d'évaluation de cette expérimentation.

³⁷ Extrait des objectifs de stage de l'étudiant cadre

Chantier à court terme : formalisation des règles éthiques

En préalable le travail de communication et le cadre de légitimité de ce groupe est une condition essentielle à son efficacité et son action dans la durée. Il importe de créer un programme d'actions et une charte éthique d'engagement dans ce partenariat co-signés avec les différentes institutions concernées.

L'utilisateur donne des informations à une personne, mais aussi à un service (dossier du service). A ce titre, l'échange d'infos entre collègues du même service ne questionne pas. Mais cette question peut-elle être ouverte à un échange entre services et institutions différentes.

Le travail sur la charte éthique, gage de la confiance et du cadre de collaboration nécessaire au travail partenarial, doit permettre de définir les conditions nécessaires pour ce travail de concertation concernant le respect et l'accès aux droits des personnes en questionnant :

- ❑ La place de l'utilisateur
- ❑ Le niveau de sa participation,
- ❑ l'information à l'utilisateur
- ❑ les modalités de respect et de levée de l'anonymat si cela s'avère nécessaire
- ❑ la composition du groupe de professionnels
- ❑ la communication sur l'existence de cette cellule

Chantier à moyen terme : création d'un conseil local en santé mentale à l'échelle du secteur

Regrouper dans une même instance les 5 communes de notre secteur peut comporter un certain nombre d'avantages pour le pôle en termes d'optimisation de moyens. Mais si nous respectons le principe de laisser l'initiative aux élus, la création d'un Clsm avec la commune de Lambersart paraît l'option la plus cohérente. L'idée serait de se servir du premier bilan annuel de fonctionnement de la cellule de gestion de situations complexes pour établir le socle d'un dispositif de pilotage et de consultations plus large intégrant d'autres problématiques et notamment l'accès et le maintien dans le logement.

Dans cette instance les usagers et les familles d'usagers ont évidemment une place prépondérante et il serait important que notre service de soins communique auprès des patients de notre file active résidant dans la commune.

Quand on explore le fonctionnement et l'organisation de ces nouvelles instances existantes sur le territoire national, on observe une grande disparité au niveau de la composition de leurs membres. Chaque cellule s'organise selon les besoins et les ressources locales (c'est à dire les acteurs) : certaines cellules gèrent des situations d'urgence, d'autres peuvent s'identifier à des cellules de veille, pour d'autres enfin ce n'est qu'autour de la problématique du logement.

Le principe, à mon avis, réside dans l'importance à accorder à la nature des institutions représentées dont les incontournables :

- ❑ la ou les communes,
- ❑ l'utilisateur et les familles d'utilisateurs,
- ❑ le pôle de psychiatrie,
- ❑ les urgences,
- ❑ la médecine de ville
- ❑ les services sociaux du territoire,
- ❑ l'éducation,
- ❑ le secteur associatif du territoire
- ❑ le secteur de la justice.
- ❑ les bailleurs sociaux

Au décours de ce travail de concertation, il me semble que la construction d'un Clsm ne pourra se réaliser qu'à partir d'un premier bilan de retour d'expérience. Des résultats positifs d'un point de vue qualitatif et quantitatif de la cellule de gestion de crise devraient mettre le projet sur les rails en apportant la preuve de l'intérêt de la démarche pour les usagers.

Conclusion

La psychiatrie asilaire telle que je l'ai découverte sous sa forme crépusculaire à mon entrée à l'hôpital est bien morte et enterrée. Même si parfois dans l'esprit de certains « partenaires » l'aspect coercitif de la psychiatrie d'antan reste une référence.

Au delà des apports théoriques et méthodologiques très solides de la formation, les échanges avec des professionnels d'origine variée ; tant au niveau des institutions que des métiers, ont levé chez moi les réserves que j'éprouvais à la première session.

Mais c'est surtout les rencontres avec les usagers qu'ils soient étudiants, formateurs ou militants, leur connaissance de la souffrance psychique m'a profondément convaincu du bien fondé de la démarche communautaire.

Il y a quelques années, Marcel RUFO pédo psychiatre était venu découvrir le dispositif spécifique de soins aux adolescents du service de pédopsychiatrie dans lequel je travaillais. Le responsable de pôle lui avait fait part de son questionnement à propos d'une disponibilité en termes de moyens humains que nous avions mis à la disposition des médecins traitants du secteur. En effet notre équipe mobile proposait des accueils de première demande *hors murs*, pour les adolescents en détresse psychique, directement au cabinet de consultation. Nous avons fait le constat que cette offre de soins était très peu utilisée par les généralistes. Pourtant nous avons pris le temps nécessaire pour communiquer, est-ce que ce qui avait été mis sur pied manquait de pertinence ? Marcel RUFO, avec un petit sourire avait fait cette réponse étonnante, sur le moment : « c'est normal que les généralistes ne vous appellent pas, ils savent que vous existez, donc ils n'ont pas besoin de vous ».

Avec le temps et l'expérience, je me suis aperçu à quel point il avait vu juste. Plus encore que l'organisation, la capacité à répondre et intervenir ; c'est la disponibilité qui est importante. Face à une situation qui nous préoccupe, le fait de ne plus se sentir seul et d'avoir la possibilité d'interpeller un partenaire fiable nous rassure et augmente nos capacités à répondre à la demande.

Si les professionnels sociaux et éducatifs sont bien souvent les premiers réceptacles de la souffrance psychologique liée à une détresse sociale. D'une certaine manière, ils ont été choisis par l'usager et cette précarité psychique dont ils sont les témoins ne doit pas, par peur de mal faire, être l'objet d'un relais systématique vers la psychiatrie. Pas de méprise, il ne s'agit pas de se décharger de notre mission de santé publique, mais plutôt de créer un climat favorable à la prise de responsabilité de chacun.

Bibliographie :

1. C. Alezrah « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty » :
L'Information psychiatrique vol 85 n°6 juin juillet 2009
2. J.F. Allilaire, N. Garret-Gloanec et J.M. Thurin juin 2013 «le livre blanc de la
fédération française de psychiatrie : Politique de Santé Mentale en France
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/ffp/LivreBlanc/LBChap1.htm> »
3. J. Canneva *Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM* : « un autre regard » n°2
2013 p3 50^{ème} anniversaire de l'UNAFAM
4. C. Ethuin (2004). "La Violence à l'Hôpital Comment la prévenir?" Histoire
Vraie". *Forensic* n°18.
5. N. Henckes *Revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM* : « un autre regard » n°2
2013 p5 50 ans d'engagement familial et militant
6. L Plancke & R Bavdek « Les disparités en santé mentale et en psychiatrie »
cahier n°1 juin 2013 www.santementale5962.com
7. J. L. Roelandt (2002). "La Démocratie Sanitaire dans le Champs de la Santé
Mentale." www.sante.gouv.fr/htm.
8. J. L. Roelandt, & E. Piel (2001). "Rapport de mission: De La Psychiatrie Vers la
Santé Mentale." www.sante.gouv.fr/htm

Ecrits collectifs

9. Plan santé mentale 2005-2008 avril 2005 <http://www.sante.gouv.fr>
10. Evaluation du plan santé mentale 2005-2008 par le Haut Conseil de la Santé
Publique 2011 p 93 « *L'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-
social* » <http://www.hcsp.fr>
11. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 avril 2012
<http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale>
12. Plan Régional de Santé Mentale 2012-2016 janvier 2013
<http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr>
13. "Le Livre Blanc des Partenaires de Santé mentale France 2001, Pour une
association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsable du social
dans la cité." <http://www.unafam.org>

14. Livre blanc sur l'accès aux soins et la prévention des personnes en situation de handicap mental janvier 2013 UDAPEI « les papillons blancs » du Nord
<http://www.orsnpdc.org>
15. Dossier de presse Point presse mensuel :11 décembre 2012 La santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais prise en charge et évaluation

Sites

16. Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais *www.ars.nordpasdecalais.sante.fr*
17. Etablissement public de santé mentale -Lille Métropole Accueil *www.epsm-lille-metropole.fr*
18. Union Nationale des CCAS) *<http://www.sanitaire-social.com/annuaire/centre-communal>*

Annexes

Synthèse du groupe de travail Lambersart revue et modifiée suite à la réunion du 02 avril 2013

SYNTHESE DU GROUPE DE TRAVAIL LAMBERSART.

REVUE ET MODIFIEE SUITE A LA REUNION DU 2 AVRIL 2013

(EN VERT LES MODIFICATIONS APORTEES)

Suite aux travaux menés dans le cadre de la démarche ABS, et des problématiques qui ont pu être soulevés notamment celle relative à l'isolement, Le CREAL a animé 3 séances de travail avec les acteurs du territoire (CG, prévention spécialisé, psychiatrie et CCAS) afin de définir ce qu'il serait possible et souhaitable de faire sur le territoire à propos de la complexité de certaines situations et les difficultés à y faire face ;

4 séances de travail ont eu lieu

- Le 21 décembre : Cette première réunion a permis un travail d'ajustement de connaissances d'acteurs et des dispositifs institutionnels.

Elle a permis également de définir une démarche méthodologique : L'approche doit être pragmatique, proposition que chacun des partenaires viennent avec une situation qui caractérise de son point de vue la question de la situation complexe et qu'il expose les difficultés, obstacles ou impasse de travail que cela lui a posé puis ensuite les propositions de recherche de d'actions.

- Lors des 3 séances suivantes, Le 21 décembre 2012, 29 janvier, 8 février et 14 mars 2013 les situations ont été proposées.

Synthèse de la réflexion

Chacune des situations présentées a montré :

Une difficulté du ou des travailleurs sociaux à répondre aux besoins de la personne à tel point que la question du sens de l'action était posé. A cela plusieurs raisons :

- La demande de la personne était plurielle voire paradoxale dans son expression.
- La personne faisait part d'une attente mais semblait mettre en place des stratégies qui ne permettaient pas d'y répondre pour le travailleur social de cette institution.
- Les besoins dépassaient les possibilités d'actions du travailleur social : insuffisance de connaissance de dispositif, difficultés et questionnement par rapport à la santé de la personne, ...

- Très souvent ces situations mettaient en exergue, suite à leur analyse partagée,
 - la question de l'accès aux droits de la personne,
 - et la réflexion à approfondir de la considération de sa place en tant qu'acteur et décideur de la solution.
- Les besoins complexes de la personne posent la question de l'accompagnement vers tel autre service et non pas de l'orientation seulement : En effet c'est l'intrication de différentes difficultés qui rend complexe la situation. Donc une part des difficultés relèvent de l'action du travailleur social et son institution mais il y a nécessité pour répondre à la personne de co-action, co-accompagnement avec des partenaires dans sa situation.
- Les situations ne relèvent pas plus du CMP que du CCAS ou que de l'UTPAS. Ce sont autant «d'offres» de services et d'interventions à faire vivre et exister en lien
- Besoins d'analyse partagée pour une meilleure compréhension de la situation : Lors des présentations des situations il est apparu des points de vue, des prises en compte d'aspect du problème que le travailleur social et son service n'avait pas pu faire.
- Ce sont davantage les institutions qui se questionnent et pas uniquement les travailleurs médico-psycho-sociaux.
- L'intervention dans le cadre préventif est plus difficile car on se sent moins légitimés à intervenir que s'il y a urgence ou s'il y a une demande explicite et cohérente. Pour que la personne accède aux soins de sa propre volonté, il faut d'abord qu'elle retrouve un minimum de considération d'elle-même. Le travail mené en co-partenariat doit donc viser la place d'acteur de la personne en prenant en compte sa situation de fragilité et de vulnérabilité

Les besoins pour les professionnels

L'interconnaissance : Pour pouvoir amener des personnes à aller vers tel ou tel service, il faut d'abord mieux connaître les services, clarifier les visions que l'on a les uns les autres. Repérage des contraintes, des limites de chaque institution. Avoir une meilleure connaissance des métiers qu'offre chaque institution.

Les connaissances sont souvent partielles et datées : Les évolutions des logiques institutionnelles, des réalités de mises en œuvre nécessitent un travail de communication et de précision important et sans cesse à refaire. Souvent ce travail de communication est non pris en compte et mené au grès des situations ou problèmes rencontrés donc dans l'urgence. Le manque de connaissance et de compréhension de l'autre acteur professionnel ne permet pas la mise en place de stratégie d'actions pertinente.

La co-évaluation : Analyser et évaluer la situation, surtout si cette évaluation doit se mener en plusieurs temps, apparaît tout à fait essentiel. Chacune des situations présentées a montré un manque ou plus exactement une impossibilité d'évaluation approfondie : la compréhension de ce qui se joue au présent nécessite une prise en compte et une mise en perspective avec le passé (phénomènes de répétition, besoins de connaissance des événements dans le parcours de la personne). Elle nécessite également une confrontation et une clarification des points de vue de chacun des partenaires afin de garantir à la personne/usager la possibilité de regards différents sur sa situation. L'objectif de cette co-évaluation et de pouvoir créer les marges de manœuvre d'action.

La concertation dans certaines situations apparaît être un préalable essentiel. Celle-ci permet la connaissance partagée de certaines situations et la cohérence des actions menées. Faire en sorte que les actions entre

différents professionnels ne se contredisent pas par manque d'information ou de compréhension mais au contraire se renforce l'une et l'autre dans une dynamique réelle d'aide et de protection aux personnes. Ce travail peut également permettre de définir qui pourrait être repéré comme « accompagnateur de la situation ».

La coordination : Nécessité, entre services, institutions, de s'organiser pour s'épauler dans la compréhension des situations afin de mieux accompagner la personne, avec la nécessité d'informer la personne s'il y a une action à mettre en place. La difficulté et la souffrance des personnes les amènent à avoir besoin non pas de simple orientations ou informations mais d'être accompagné et soutenu dans les démarches

Il apparaît ainsi au groupe important de pouvoir créer un espace d'analyse de travail afin de définir, créer et approfondir de nouveaux modes de concertation, d'intervention et de coordination avec pour objectif d'offrir, faciliter l'accès aux droits des personnes.

PROPOSITIONS

Créer un espace de travail ou de concertation entre professionnels du territoire permettant de mieux prendre en compte et favoriser la santé mentale des personnes adultes du territoire.

Favoriser la concertation et la coordination entre acteurs professionnels.

Modalités :

- Temps de rencontres au rythme de 1 fois toutes les 6 semaines ;
- Proposition de recenser dans chaque service les situations qui, en 2012, auraient pu faire l'objet de cette forme de concertation.
- Mise en place d'actions/stage croisé favorisant l'interconnaissance et la compréhension et limites d'actions de chacun des partenaires.
- Mise en place d'un répertoire territorial facilitant les contacts entre professionnels.

Initier et favoriser les démarches interinstitutionnelles permettant une meilleure prise en compte des besoins des habitants.

Le Programme régional de santé mentale du Nord AS DE Calais se décline en 21 fiches dont 4 peuvent être mises en lien avec le projet du groupe :

- Fiche n° 2 : Conseil local en santé mentale
- Fiche n° 9 : Mieux prévenir la souffrance psychique et les facteurs de risques des maladies Mentales
- Fiche n° 13 : Favoriser le recours aux soins en psychiatrie générale et pédopsychiatrie
- Fiche n° 21 : Favoriser l'accès à l'autonomie personnelle (hygiène, santé, logement, emploi-formation, loisirs – vie sociale)

Le travail de communication et le cadre de légitimité de ce groupe est une condition essentielle à son efficacité et son action dans la durée.

Il importe de créer *un programme d'actions* et *une charte éthique* d'engagement dans ce partenariat co-signés avec les différentes institutions concernées.

La charte éthique

La question éthique est cruciale pour permettre un cadre de confiance suffisant entre partenaires et avec les usagers eux-mêmes. Question de l'éthique, de l'échange d'informations entre services.

Le patient donne des informations à une personne, mais aussi à un service (dossier de service). A ce titre, l'échange d'infos entre collègues du même service ne questionne pas. Mais cette question peut-elle être ouverte à un échange entre services et institutions différentes ?

Avec quels partenaires compte-tenu des cadres d'intervention différents ? Des formations différentes ? Question du secret professionnel partagé entre les institutions et/ou les personnes ?

Le travail sur la charte éthique gage de la confiance et du cadre de collaboration nécessaire au travail partenarial doit permettre de définir les conditions nécessaires pour ce travail de concertation concernant :

- La place de l'utilisateur : L'information à l'utilisateur, La participation de la personne le cas échéant etc.
- Les visées des actions décidées par cet espace de concertation : Demande d'un professionnel pour aider et éclairer les décisions à prendre et construire des stratégies d'actions pertinentes et efficaces pour la personne.
- Favoriser l'accès aux droits des personnes

Programme d'actions

Afin de faciliter et permettre la reconnaissance de ce travail par les différentes instances institutionnelles et politiques des partenaires concernés, il importe de définir les attendus et « plus-values » de ce travail et de définir les critères d'évaluation de cette expérimentation.

Il est convenu que ce document puisse être le support d'une présentation au CA du CCAS le 13 juin 2013.

Glossaire

ABS : Analyse des besoins sociaux

ARH : Agence régionale hospitalière

CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAS: Centre Communal d'Action Sociale

CCOMS: Centre de Collaboration de l'Organisation Mondiale de la Santé

CHRS: Centre d'hébergement et de réinsertion Sociale

CHS: Centre Hospitalier Spécialisé

CIM : Classification internationale des maladies

CIAC : Centre Intersectoriel d'Accueil et de Crises

CIAS : Centre inter communal d'action sociale

CMP: Centre Médico Psychologique

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et les Adultes Inadaptés

DIU: Diplôme Inter Universitaire

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

EPSM: Établissement Public de Santé Mentale

GEM: Groupe d'Entraide Mutuel

HJ: Hôpital de jour

HPST: Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IDE: Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SMPG: Santé Mentale en Population Générale

UHSA: unité hospitalière spécialement aménagée

UF : unité fonctionnelle

UTPAS : Unité territoriale de prévention et d'action sociale

UNICEF : United Nations Children's Fund

4^e de couverture

Résumé

Le propos décrit les premières étapes d'une action de partenariat avec la ville de Lambersart.

Même si à pas mesurés depuis 1960 émerge, une volonté de nos politiques de prendre en charge la souffrance psychique dans sa globalité la transformation de nos institutions ne peut se réaliser durablement qu'avec la volonté des hommes. Ce travail a pour objectif de faire état d'un rapprochement et d'une progressive convergence de point de vue entre des professionnels qui, de part leur culture institutionnelle, ne fonctionnent avec les mêmes schémas de pensée.

La démarche peut paraître longue mais oh combien nécessaire.

(.....on ne connaît que les choses que l'on apprivoise...)

Antoine de Saint Exupéry : « *Le petit prince* »

Mots-clés :

Psychiatrie, regard, souffrance psychique, usager, ensemble