

**DIU « Santé Mentale dans la Communauté »**

**Universités de Lille 2, Paris 13, AP/HM et CHU Ste Marguerite de  
Marseille**

**Santé Mentale dans la communauté dans le secteur 59G10 :  
Regards croisés de professionnels et d'usagers**

**Mémoire présenté par Patrice Gaugue**

**Sous la direction du Docteur J.L. Roelandt et de Mme I .Benradia**

**Année 2013**

## **Remerciements :**

Arrivé au terme de ce travail d'écriture et d'analyse que représente ce mémoire, je voudrais adresser mes plus vifs remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagné, soutenu et encouragé durant la « gestation » de cet écrit ; écrit qui trouvera sa finalité, nous l'espérons, dans les mois ou années à venir par la signature et la mise en place du 1er Conseil Local de Santé Mentale de notre secteur.

Un grand Merci tout d'abord à Mr J.-L. Roelandt, à Mme I. Benradia et à P. Guezennec pour m'avoir guidé, suivi et conseillé durant ce travail, Merci à toute l'équipe du secteur 59G10 pour m'avoir permis de « prendre » du temps avec eux et d'avoir répondu aux entretiens, Merci aux usagers du 59G10 d'avoir répondu aux entretiens et de se montrer intéressés par le projet, Merci à toutes les personnes qui ont bien voulu répondre aux entretiens, Merci à l'équipe d'encadrement et d'enseignement du CCOMS (Aude, Nicolas et Florentina, pour ne citer qu'eux) pour leur disponibilité, Merci aux intervenants du DIU pour la richesse des apports, Merci aux collègues stagiaires du « CAROUSEL » pour la bonne humeur dégagée tout au long de ce cursus et pour les échanges fructueux.

Enfin et surtout, un énorme Merci à ma petite famille, mon épouse Françoise, mes filles Justine et Elise ainsi que leur conjoint Cyril et David, mon fils Cyril et mes petits-fils Antonin et Augustin pour m'avoir supporté, encouragé, soutenu, guidé et aidé de façon importante dans ce nouveau défi et nouvelle formation, soutien indispensable et au combien fondamental pour mener à bien ce travail.



# **Sommaire**

## **I : Introduction**

## **II : Concepts théoriques en santé mentale communautaire**

## **III : Etat des lieux des structures de soin et profil des usagers sur le bassin de vie de la Pévèle et du Mélantois**

### **3.1 : Structures des soins**

### **3.2 : Profil des usagers**

## **IV : Problématique**

## **V : Méthode**

### **5.1 : Outil : Entretiens semi-structurés**

### **5.2 : Echantillon**

### **5.3 : Considérations Ethiques**

## **VI : Résultats**

### **6.1 : Préambule**

### **6.2 : Connaissances et croyances autour des concepts**

### **6.3 : Evaluation de l'existant**

### **6.4 : Pistes de réflexion**

## **VII : Discussion**

### **7.1 : Reprise des résultats principaux**

### **7.2 : Limites**

### **7.3 : Perspectives**

## **VIII : Conclusion**

## **IX : Références bibliographiques**

## **X : Sommaire des annexes**

## I : Introduction

Au début de cette formation, et au sortir de la première session de ce Diplôme Inter Universitaire qui s'est tenue à l'hôpital Sainte Anne de Paris, plusieurs questionnements nous sont venus à l'esprit afin de répondre au mieux à la problématique de notre travail, centré autour de la place de la santé mentale dans la communauté.

Nous pourrions formuler ces questionnements de la manière suivante : Qu'entendons-nous par santé mentale dans la communauté et en particulier au sein du secteur 59G10, secteur de psychiatrie dans lequel nous intervenons ? Sur quelle politique territoriale pourrions-nous nous appuyer afin de dégager un consensus de travail autour de ce nouveau concept (prise en compte des soins intégrés dans la cité) ? Quels sont les constats effectués suite à l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) menée en 2010 sur notre bassin de vie et quelles sont les perspectives de travail en lien avec ce constat ? Quelle place pourraient occuper les usagers dans ce nouveau dispositif de soins et comment les amener, les impliquer à être au centre des débats ?

Il est bien entendu que notre étude s'appuiera en partie sur les axes dégagés dans le plan 2013/2020 d'action mondiale sur la santé mentale, qui s'interroge sur les principes communs, les buts, les objectifs et les cibles à atteindre si l'on veut parler de santé communautaire.

Nous nous attacherons donc à rencontrer les décideurs politiques des secteurs 59G10 et 59G09, secteur à proximité immédiate du nôtre et avec lequel nous devrions mutualiser les moyens ainsi que les acteurs du soin (médicaux et sociaux) avec pour horizon 2014-2015, horizon lié à une intercommunalité qui devrait voir le jour et qui couvrirait une zone géographique beaucoup plus importante (Annexe 1 et 2).

Nous espérons que ces rencontres nous permettront de jeter des bases de réflexions quant à la place de soins intégrés dans la cité, de remettre l'utilisateur au centre du soin, en partant de ses représentations, en ayant en tête les notions d'empowerment, de rétablissement, d'inclusion sociale, termes que nous développerons par la suite. Nous souhaiterions également être

amenés à travailler sur des vocables communs et à transmettre aux nouveaux professionnels une culture du travail en psychiatrie et en particulier en santé communautaire.

Pour clore cette introduction, nous voudrions vous livrer deux citations du Pr Antoine Lazarus<sup>1</sup>, telles qu'il a pu nous les délivrer lors de la session parisienne de ce DIU Santé mentale dans la communauté (Paris le 14 janvier 2013) et qui nous semblent en phase avec ce travail :

*« La santé, ce n'est pas ce que nous observons mais ce que les gens ont dans la tête : on travaille sur l'épidémiologie du ressenti contrairement à l'épidémiologie du chiffre ».*

*« L'état soigne depuis 150 ans les plus démunis malgré un sentiment d'insatisfaction des personnes ; cela étant lié au fait que l'on fait pour les gens, les personnes ne sont pas co-auteurs des actes, des moyens et des objectifs mis en place ainsi que de leur mise en œuvre ; il vaudrait mieux intensifier la participation aux soins afin de mieux les impliquer ; étape qui permettrait de donner un sentiment de satisfaction aux usagers, un sentiment d'appartenance à une communauté même si cela est en contradiction avec les politiques de santé : les politiques décident de la mise en place sans consulter les usagers ».*

---

<sup>1</sup> Professeur Emérite de Santé Publique et de Médecine Sociale à l'Université Paris 13 et Président de la Section Française de l'Observatoire International des Prisons

## II : Concepts théoriques en santé mentale communautaire

Cette première partie vise à poser les bases de notre travail de mémoire. Elle sera organisée autour de deux chapitres. Le premier s'attachera à définir les principales notions utiles en santé mentale communautaire, tandis que le second viendra poser le cadre de soin dans le bassin de vie de la Pévèle et du Mélançois, secteur 59G10, cadre géographique de notre recherche.

Nous nous efforcerons de déterminer des vocables communs à partir des définitions que nous avons pu relever dans la littérature ; littérature très riche, très dense et très instructive lorsqu'on parle de promotion de la santé, de participation et d'inclusion sociale ainsi que de mesures de prévention.

Cette revue de littérature nous aura permis de prendre conscience de l'influence des politiques sur la mise en œuvre des moyens dégagés sur les programmes de soin en général, et plus particulièrement sur le soin en santé mentale. Ceux-ci sont en effet inspirés par les valeurs et les connaissances d'une époque, et agissent sur les capacités de l'humain, selon Bronfenbrenner (Saïas, 2011).

Gaventa et Barret (2010, cités par Saïas, 2011) insistent sur l'importance de prendre en compte l'usager comme un citoyen à part entière : « *L'engagement civique, à certaines conditions, renforce la citoyenneté, contribue à des pratiques améliorées de la prise en charge citoyenne, produit des états plus sensibles aux besoins des citoyens et plus redevables envers eux et crée des communautés plus cohésives et inclusives : un choix s'impose alors : faire partie du problème ou faire partie de la solution* » (p. 11).

Ces bases expliquent la naissance de la notion de santé mentale communautaire. Certains termes étant spécifiques à ce champ, nous présenterons ici quelques définitions importantes.

D'après l'Association Française de Psychologie Communautaire (AFPC), une **action** peut être qualifiée de **communautaire** si elle :

- Promeut la justice sociale
- Se fixe comme objectif l'empowerment d'une communauté d'individus, c'est à dire qu'elle vise à transférer aux membres de cette communauté les moyens de leur propre développement. Cette notion sera développée un peu plus loin dans ce travail.
- S'appuie sur la collaboration des personnes concernées : les patients deviennent acteurs de leurs soins.
- Adopte une perspective écologique : la santé dépend de l'environnement de vie des sujets.
- Repose sur la solidarité et le principe de subsidiarité.

Cette notion de santé mentale communautaire trouve en partie son origine dans la Charte d'Ottawa, proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1986. Elle définit pour la première fois la **santé**, non pas comme l'absence de maladie, mais comme un état de complet bien être de l'individu. Celui-ci ne peut être atteint que si divers facteurs y contribuent. L'OMS insiste sur le fait que l'ensemble de la communauté est impliqué dans la santé des individus : la promotion de la santé, physique et mentale, ne peut passer que par l'implication de la société toute entière. De plus, les variables impliquées dans la santé d'un individu sont modulées en fonction de son environnement : *« Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques »* (OMS, 1986, p2).

Une autre notion est utile pour notre travail, celle de la **psychiatrie communautaire**. Née de l'impulsion de Lucien Bonnafé et du Groupe de Sèvres, en France, dans les années 1950 à 1970, ce mouvement a prôné la désinstitutionalisation des soins psychiatriques. Le principe adopté par ces pionniers était de transférer les patients de l'hôpital à la ville, avec un objectif de démedicalisation et dans une logique de restauration des droits des individus souffrant de troubles de santé mentale, inspirée de l'humanisme (Saïas, 2009).

Un autre concept essentiel est celui d'**inclusion sociale**. L'inclusion sociale (Haelewyck et De Schepper, 2012) est un terme issu de la sociologie qui est utilisé pour désigner les rapports entre les individus et les systèmes sociaux. Cela consiste à étudier et/ou à s'interroger sur le

fonctionnement et/ou le dysfonctionnement des systèmes sociaux, à s'intéresser aux processus institutionnalisés ou non, mais également à la perspective de l'action individuelle dans ces processus. Dans cette perspective, l'inclusion sociale fait appel à une réflexion d'une part, sur la dynamique des systèmes et d'autre part, sur les relations interpersonnelles qui renforcent ou déforcent la cohésion sociale. Cette dernière notion de cohésion sociale suppose une participation active des individus au fonctionnement voire à la création des dispositifs de la société.

La dernière notion que nous souhaitons définir succinctement est celle d'**empowerment**. Saïas (2011) nous apprend que ce terme, pouvant être appliqué à différents domaines, désigne le processus par lequel un individu ou un groupe d'individus sont amenés à accroître leurs habiletés. Cette progression amène les sujets à développer leur estime d'eux-mêmes, leur confiance, et par là, les rend capables de plus d'initiatives et de contrôle. Dans le champ de la santé, l'empowerment permet aux sujets d'être plus au centre du soin : ils deviennent capables d'actions sur leur propre santé. Sans utiliser ce terme, l'OMS avait déjà mis cette notion en avant en 1986 (p.4) : « *La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux* » (OMS, 1989, p4). La traduction de ce terme pose problème selon Saïas (2009) : aucune traduction francophone ne rend compte de l'ensemble des nuances du terme empowerment, à savoir à la fois la promotion des ressources, le développement des réseaux sociaux et de la participation communautaire.

Ces quelques définitions nous incitent à penser que, encouragée par les institutions de santé publique, cette approche de la psychiatrie et de la santé mentale, moins centrée sur les troubles et tournée vers l'inclusion sociale et les capacités des individus, sera l'un des points essentiels dans notre approche auprès des soignants, des décideurs et des partenaires que nous rencontrerons tout au long de ce travail et bien au-delà de ce mémoire. Une illustration de ce mouvement peut être retrouvée au travers de la démarche du service 59G21, dirigé pendant plusieurs années par le Docteur Jean-Luc Roelandt, qui a mis en pratique ce mouvement

d'ouverture vers un service de psychiatrie « totalement intégré dans la cité » (Daumerie et al. 2009, p.50).

Nous aborderons dans le chapitre suivant les particularités en termes de santé mentale du bassin de vie de la Pévèle et du Mélantois, en dressant rapidement un état des lieux des structures de soin en place et à venir.

### **III : État des lieux des structures de soin et profil des usagers sur le bassin de vie de la Pévèle et du Mélantois**

Comme le rappelle Dugravier, la sectorisation psychiatrique a ouvert l'hôpital sur l'extérieur et « cherche à traiter le malade sans son cadre de vie » (Dugravier, 2009, p.42). C'est bien un changement de perspective selon Roelandt et Desmons (2001) : d'un accueil du patient dans une structure, on est passé à un accompagnement du patient à son domicile avec son entourage. Nous présenterons dans ce chapitre les structures de soin et le profil des usagers qui composent la population de référence de notre travail.

#### **3.1. Structures de soins**

En préambule de ce second chapitre, nous allons nous attacher à décrire sommairement les secteurs 59G09 et 59G10, qui couvrent le territoire de la Pévèle et du Mélantois du point de vue des soins psychiatriques. C'est ce territoire que nous allons chercher à mieux connaître dans ce travail, du fait de notre insertion professionnelle actuelle. Vous trouverez les figures et plan reprenant l'organisation géographique des secteurs, l'insertion des principales structures ainsi que l'organigramme du secteur 59G10 ci dessous.

# Sectorisation Psychiatrique Générale - Structures Extérieures

## EPSM LILLE - METROPOLE

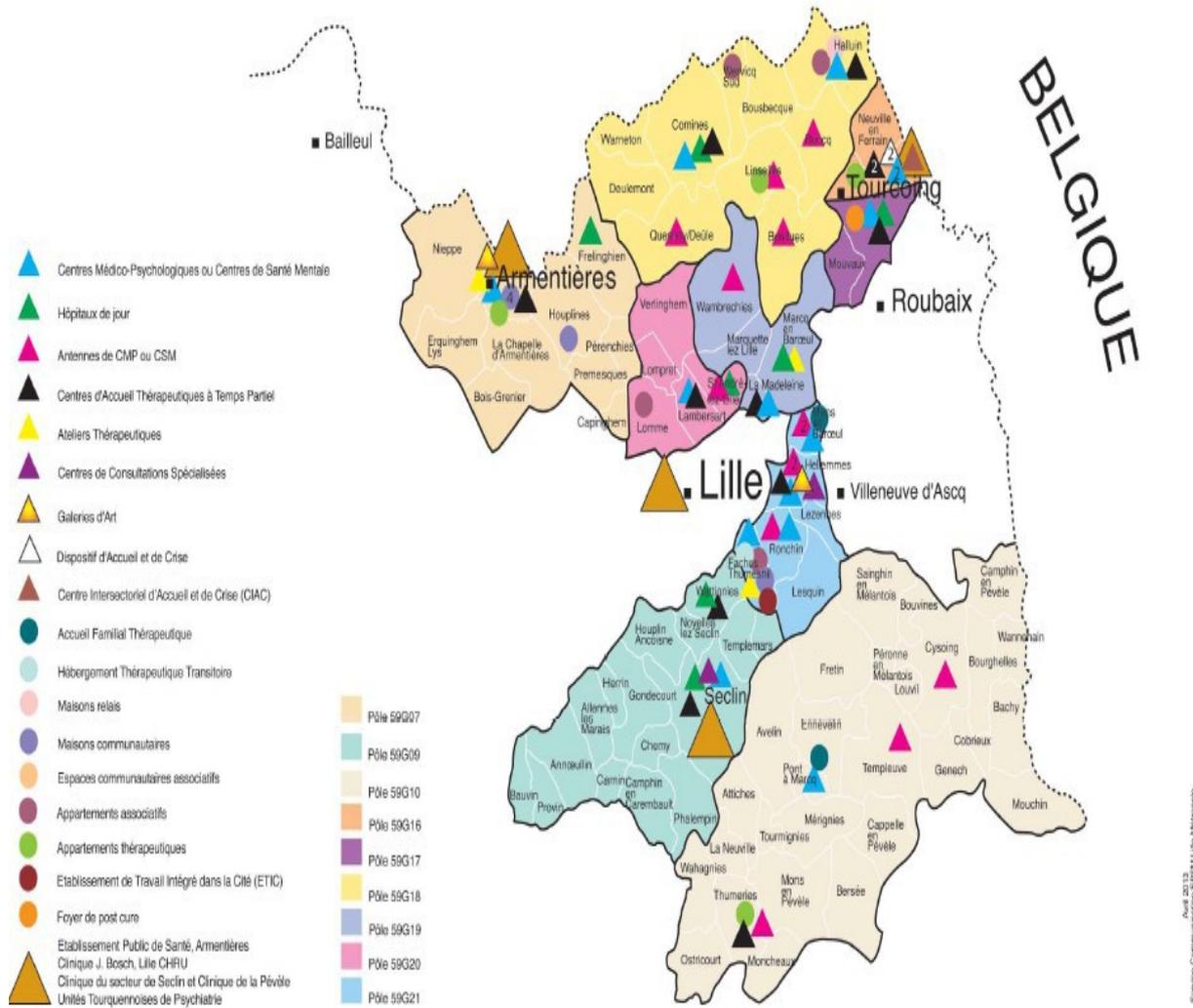


Figure 1 : Plan des secteurs de psychiatrie générale-Structures extérieures

## Pôle de Psychiatrie Générale de l'Adulte de la Pévèle et du Mélantois 59G10

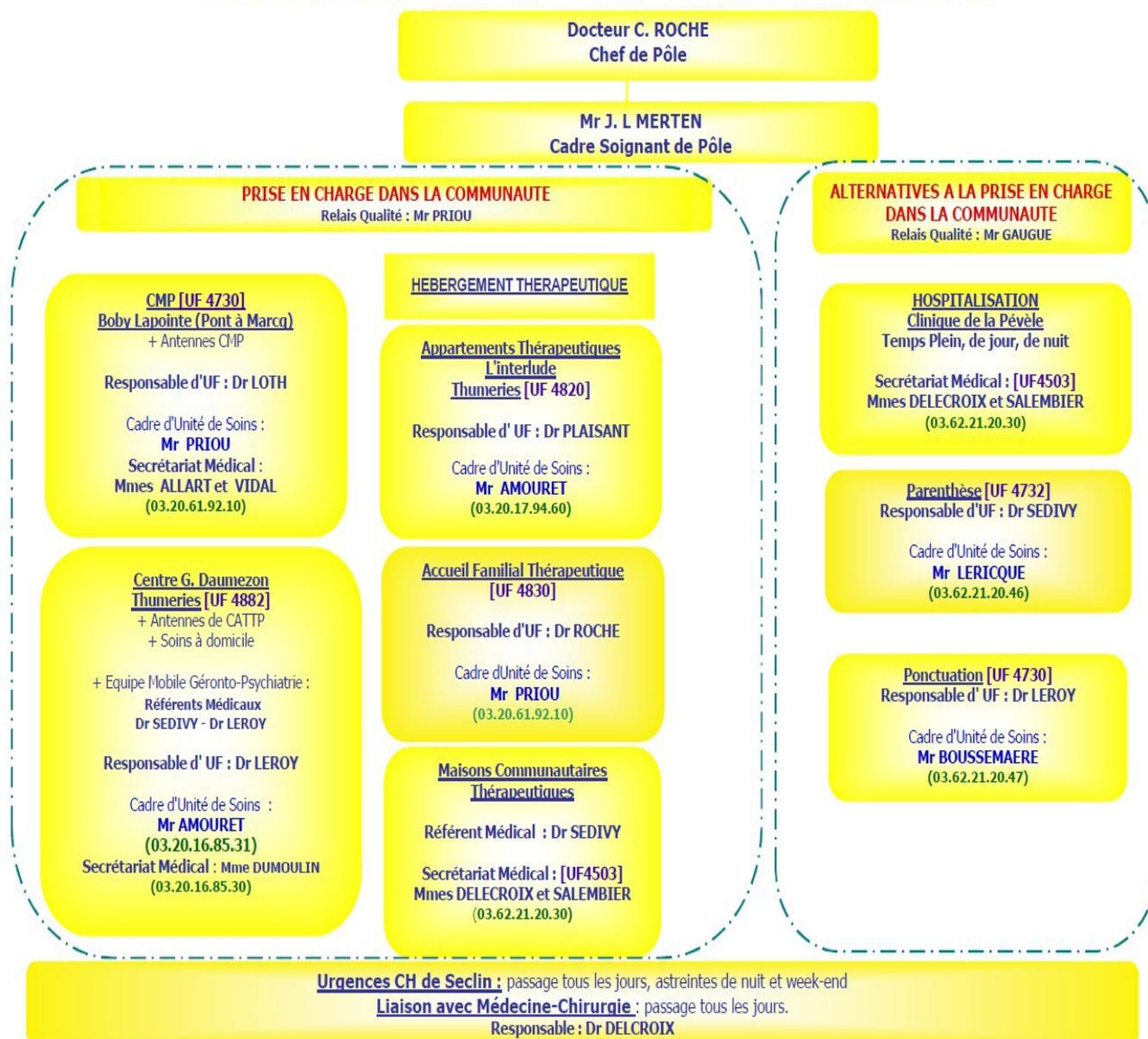


Figure2 : Organigramme du pôle de psychiatrie du secteur 59G10

Le secteur 59G09 couvre les communes de Seclin, Gondécourt, Phalempin et Camphin en Carembault, soit 70 000 habitants répartis principalement en zone urbaine. Le chef de pôle en charge de ce secteur est le Dr Catherine Nourry. De nombreuses structures alternatives aux soins existent : le Centre Médico-Psychologique (CMP), le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), l'Hôpital de jour (HJ), le Centre de Jour Géro-psycho-geriatrique (HJG) et une Maison d'Accueil Thérapeutique (MAT). Sur ce secteur, un organe de concertation entre les intervenants médicaux, sociaux, associatifs et politiques a été récemment (mars 2013) mis en place sous la forme d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM). Cette mise en place récente semble vectrice d'espoir dans le développement de telles structures dans les secteurs voisins.

Le secteur 59G10, quant à lui, couvre 28 communes (représentées sur les figures 3 et 4) on retiendra principalement celles de Pont-à-Marcq, Thumeries, Templeuve, Ostricourt et Cysoing. Ce secteur, plus rural, représente un bassin de population de 70 000 habitants également. Dirigé par le Dr Roche, ce secteur dispose de plusieurs structures de terrain : le Centre Médico-psychologique « Bobby Lapointe » (CMP) de Pont à Marcq, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel « Georges Daumazon » de Thumeries (CATTP), les Appartements Thérapeutiques « L'Interlude » de Thumeries (ATH), l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) et les Alternatives à la prise en charge dans la communauté que représentent la Clinique de la Pèvèle, par l'intermédiaire des unités d'hospitalisation temps plein, de jour, de nuit, à savoir les unités « Parenthèse et Ponctuation ». On note dans ce secteur une volonté d'insertion au plus près des usagers : les activités proposées initialement par le CATTP sont aujourd'hui organisées dans diverses communes du secteur, dans des locaux prêtés par les mairies.

**Pôle de la Pévèle et du Mélantois**  
**Secteur de psychiatrie de l'adulte 59G10**



Propose

**des consultations en santé mentale :**

**CMP Boby Lapointe**  
 74 rue Nationale 59710 Pont-à-Marcq  
 Tél. 03 20 61 92 10

**Centre Georges Daumezon**  
 6 rue Gambetta 59239 Thumeries  
 Tél. 03 20 16 85 30

**Antenne à Cysloing**

**des activités thérapeutiques à temps partiel :**

**Centre Georges Daumezon**  
 CATTTP en réseau dont les activités se font sur différentes communes du secteur

**CATTTP Boby Lapointe**

**Une unité de thérapie du couple et de la famille**  
 site : Clinique de la Pévèle

Un hébergement thérapeutique « l'Interlude »

Un Accueil Familial Thérapeutique (AFT)

Une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie en liaison avec le centre de jour de géro-psycho-geriatrie de Seclin et les Ehpad.

Un Service Mobile de Soins à domicile (SMS)

Un lieu d'hospitalisation :

**Clinique de la Pévèle**  
 Allée du Bois de l'Hôpital  
 59113 Seclin  
 Tél. 03 62 21 20 30

**Une équipe :**

Psychiatres, Médecin somaticien, Cadres de Santé, Psychologues, Infirmiers, Aides-Soignants, Educateur Spécialisé, Psychomotriciennes, Assistantes sociales, Ergothérapeute, Secrétaires Médicales

Figure3 : Structures et coordonnées du pôle de psychiatrie 59G10 : Plaquette destinée aux patients

**Hospitalisation temps plein**  
Soins intensifs

Les Blés Verts  
03 20 10 24 31

Les Nymphéas  
03 20 10 24 38

Secrétariat  
03 20 10 23 64 / 03 20 10 23 65  
Fax : 03 20 10 22 90

**Accueil Familial Thérapeutique**

- Prise en charge de patients au sein de familles agréées et formées.
- Le suivi est assuré par l'équipe du secteur.

**La Géroto-Psychiatrie**

- Travail en collaboration avec le centre de jour de géroto-psychiatrie de Seclin afin de favoriser le maintien au domicile des personnes âgées.
- Partenariat avec les maisons de retraite.
- Travail de réseau avec l'instance de coordination gérontologique (EOLLIS) de Phalempin.

**Numéros d'urgence**  
**Accessibles 24h/24 :**

Centre Hospitalier de Seclin  
03 20 62 70 00

Centre d'Accueil Permanent Ilot Psy  
172 rue de Wazemmes – Lille  
03 20 78 22 22

Centre d'Accueil et de Crise (CHRU)  
03 20 44 42 15

SOS médecin  
03 20 29 91 91

SAMU 15

**Autres ressources :**

SAMU Social 115  
Allo enfance maltraitée 119  
Drogue, Alcool, Tabac Info Service  
113 ou 0800 23 13 13

SOS Femmes Battues  
03 20 31 30 31

Suicide Ecoute  
01 45 40 39 94

SOS Amitié  
03 20 55 77 77

**Numéros utiles**

Association d'Aide aux Victimes  
03 20 49 50 79

Alcooliques anonymes  
03 20 73 54 64

Cancer Info Service  
0 810 810 821

Sida Info Service  
0 800 840 800

Votre médecin traitant :  
.....  
Tél. : .....

EPSM Lille-Métropole BP 10  
59487 Armentières Cedex  
Tél. 03 20 10 20 10  
<http://www.epsm-lille-metropole.fr>



**Pôle de Psychiatrie 59G10**  
**Secteur de la Pévèle et du Mélantois**



Réalisation service communication EPSM Lille-Métropole - Impression Kézia Print

**Cantons de Cysoing Pont-à-Marcq**

Tabac  
Alcool  
Médicaments  
Drogues

**Une aide aux professionnels par des professionnels :**

- de l'UTPAS Cysoing Pont-à-Marcq
- du Secteur prévention santé d'Haubourdin
- de l'association REAJIS
- du CMP / CATTP de Pont-à-Marcq
- de la mission Locale antenne de Seclin
- de l'Association Alcool Assistance
- de l'Association Vie Libre de Douai

Figure 4 : Plaquette destinée aux professionnels

**Centre Médico-Psychologique (CMP)**



74 rue Nationale  
59710 PONT-A-MARCQ  
Tél. 03 20 61 92 10  
Fax : 03 20 61 92 15

Pivot de l'organisation extra-hospitalière, le CMP de Pont-à-Marcq est un lieu de prévention, de diagnostic, d'orientation et de soins.

Accueil sans rendez-vous : sur place ou par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00.

Consultations sur rendez-vous : du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00

Antennes de consultation sur les communes de Cysoing, Templeuve, et Thumeries.

Le CMP assure également une mission de CATTP grâce à :

- des psychothérapies de groupes
- des suivis individuels

**Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)**



6 rue Gambetta  
59239 THUMERIES  
Tél. 03 20 16 85 30  
Fax : 03 20 16 85 35

Le CATTP de Thumeries « a pour objectif de maintenir ou favoriser une vie autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe ».

Des activités thérapeutiques et psychothérapeutiques sont pratiquées dans les différentes communes du secteur (CATTP multisites).

La prise en charge se fait uniquement sur prescription médicale par un psychiatre du secteur.

L'équipe soignante assure également les soins à domicile des patients du secteur.

Une équipe pluridisciplinaire composée de :  
Médecins psychiatres, Psychologues, Cadres de Santé, Infirmiers, Aides-Soignants, Educatrice Spécialisée, Infirmiers Psychothérapeutes, Psychomotricienne, Assistante sociale, Ergothérapeute.

**Appartements Thérapeutiques**



19 rue Henri Coget  
59239 THUMERIES  
Tél. 03 20 17 94 60

D'une capacité de 7 places, les Appartements Thérapeutiques de Thumeries sont un lieu de soins.

Ils permettent, grâce à un accompagnement individualisé, une prise en charge globale du résident avec pour objectif une (ré)insertion sociale et/ou professionnelle.

Cette prise en charge repose sur un contrat dont la durée est adaptée à chaque projet de soins.

Notre travail s'intéresse à ces deux secteurs au sens où, en plus d'une proximité géographique évidente, des projets de collaboration entre les équipes se mettent en place, tandis que d'autres fonctionnent déjà. Pour exemple, l'Hôpital de Jour Gériatrique du 59G09 et les Appartements Thérapeutiques de 59G10 sont ouverts aux résidents des deux secteurs, sans distinction de lieu de résidence. Une autre particularité réside dans la localisation des lits d'hospitalisation du secteur 59G10, qui viennent d'être implantés à proximité de l'hôpital de Seclin. On imagine sans peine que cette intrication des lieux de vie et de soin amènera à une mutualisation, au moins partielle, des moyens et au développement de projets communs.

Indépendamment de l'organisation des soins en psychiatrie, ce territoire possède un maillage administratif et politique en pleine évolution, par le biais du projet de création d'une grande intercommunalité, appelée Grande Pévèle. Ce projet vise à regrouper 38 communes, qui inclue notamment le secteur 59G10. Cette grande intercommunalité pourrait permettre de simplifier le paysage actuel, puisque trois intercommunalités se partagent actuellement ce bassin de vie. On ne peut que constater à quel point le dialogue entre acteurs de soin et acteurs politiques n'est pas simplifié par ces multiples découpages, en constante évolution.

### **3.2. Profil des usagers**

Décrire les secteurs de soin passe par une description des usagers de ces soins. Pour cela, nous utiliserons les résultats principaux de l'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG)<sup>2</sup>, menée en 2010, auprès d'un échantillon de 1054 personnes résidant dans le secteur 59G10. Les principaux objectifs de cette étude sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « maladie mentale », à la « folie », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus.

D'un point de vue sociodémographique, la population du 59G10 semble présenter certaines particularités. Les habitants de ce secteur sont deux fois plus nombreux à être cadres ou à exercer une profession supérieure que dans le reste de la région Nord-Pas-de Calais (25% vs 10%). Le niveau d'études est aussi plus fréquemment élevé. Ces deux variables sont

---

<sup>2</sup> L'étude « La santé mentale en population générale: images et réalités » est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'Epidémiologie psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), EPSM Lille Métropole

reconnues comme étant protectrices par rapport aux troubles mentaux. Ce secteur compte également moins d'ouvriers et d'agriculteurs que le reste de la région. Se dessine alors un profil d'utilisateurs plutôt favorisés du point de vue de l'éducation et des revenus.

Si nous examinons maintenant la prévalence des troubles mentaux dans ce secteur (25,3%) nous pouvons constater qu'elle est inférieure à celle repérée au niveau national (Bellamy et al, 2004) (31,9%) et encore plus inférieure à celle observée dans la région (Drass NPdC, 2008) (35,9%). Cette prévalence relativement faible (un quart de l'échantillon !) pourrait être expliquée par les caractéristiques sociodémographiques explicitées dans le paragraphe précédent. N'oublions pas également la possibilité qu'une partie des patients puisse s'adresser aux psychiatres libéraux. Le niveau de vie élevé d'une partie de la population leur permet en effet de se rapprocher de ce type de prise en charge, parfois coûteuse financièrement.

De façon classique, les femmes sont plus nombreuses à présenter des troubles anxieux et de l'humeur, tandis que les hommes présentent plus de troubles impliquant le recours à l'agir (consommation de substances) et de troubles psychotiques. Les personnes ayant été identifiées comme les plus fragiles sont celles qui présentent au moins une des caractéristiques suivantes :

- Personnes vivant seules
- Personnes âgées de moins de 40 ans, et celles âgées de 50 à 59 ans
- Personnes à faibles ressources (moins de 1300€)
- Ouvriers et sans emploi (chômeurs, titulaires de l'AAH et invalides)

Enfin, cette étude a permis de dégager quelques représentations de la santé mentale dans ce secteur. Si près de 70% des personnes interrogées disent connaître dans leur entourage un « dépressif », une personne sur cinq avance connaître un « malade mental », et seulement 10 % un « fou ». Ces trois termes semblent éveiller des représentations bien différentes. La psychiatrie semble plutôt associée à la notion de folie ou de maladie mentale, puisque les sujets orienteraient à 80,6% un « fou » vers l'hôpital, mais ne seraient que 32,9% à conseiller le même recours à un dépressif ! La pathologie dépressive, si elle est connue, semble devoir être plutôt soignée en famille, le recours aux soins professionnels étant peu mis en avant. Le

seul professionnel qui est cité majoritairement comme pouvant apporter une aide en cas de souffrance psychique est le médecin généraliste.

L'ensemble de ces éléments nous permet maintenant d'aborder la problématique qui sera développée et mise à l'épreuve dans ce mémoire.

On comprend ici tout le chemin encore à parcourir par les structures de soin psychiatriques pour changer d'image et se rendre plus accessibles aux populations.

## IV: Problématique

L'enquête de Santé Mentale dans la Population Générale (SMPG, Cantons de Cysoing et de Pont à Marcq, CCOMS, EPSM Lille Métropole) menée en 2010 visait à connaître l'image de la psychiatrie à partir des représentations de la population, à sensibiliser les partenaires sociaux, sanitaires, associatifs et politiques de l'importance des problèmes de Santé Mentale et à promouvoir l'instauration d'une psychiatrie communautaire.

Plusieurs facteurs ont pu être identifiés comme entravant le développement d'une politique de prise en charge plus efficace des patients dans le secteur de la Pévèle et du Mélantois, notre lieu d'étude.

Il apparaît tout d'abord que la diversité sociale et démographique ainsi que l'éclatement géographique de notre secteur d'étude soit un frein à la mise en place d'une véritable politique de Santé Mentale dans la Communauté, donc de proximité : le secteur G10 couvre ainsi 3 communautés de communes qui comprennent 28 communes au total.

De plus, les Communautés de Communes se composent d'une grande diversité politique, représentée par des acteurs qui « s'affrontent » lors des débats ou des décisions à prendre. Bien qu'intéressant au plan de la démocratie, en pratique, cela apparaît bien trop souvent comme une entrave à la réalisation voire à l'envie de mise en œuvre de structures alternatives aux soins et/ou à la création d'espaces réservés, gérés par les usagers de la santé mentale. Ces derniers sont confrontés à la double difficulté que représentent la politique et l'éclatement des moyens et des lieux au sein de ces communautés.

Enfin, le manque de moyens de communications (peu de transport en commun, peu d'horaire adéquat ; par exemple : pour se rendre de Thumeries à Pont à Marcq, il faut emprunter 2 transports en autocar ce qui entraîne un temps total de déplacement de l'ordre de 4h 30 voire 5h) représente aussi un terrain d'achoppement dans cet esprit d'ouverture de la psychiatrie vers le monde extérieur.

Le secteur G10 a toutefois la particularité de présenter une prévalence des troubles psychiatriques plus faible que celle repérée dans la population nationale chez les plus de 18 ans (25,3% contre 32%). La file active du secteur 59G10 (Annexes n°3 à 6) nous donne une indication plus précise du nombre de personnes ayant fait appel aux différentes structures et professionnels du service. Ce chiffre (1831 personnes) peut sembler élevé mais il reste anecdotique au regard des résultats épidémiologiques de l'enquête Santé Mentale en Population Générale. En effet, 25 % du secteur présente ou présentera, au moment de l'enquête et selon les constatations de l'OMS, en lien avec la population française, un trouble de santé psychique; cette proportion ramenée à la population du 59G10 nous donnerait un chiffre de 20000 personnes pouvant présenter un trouble ou une souffrance d'ordre psychique.

Nous nous questionnons donc à la fois sur les facteurs délétères et favorisants en termes de prise en charge en santé mentale dans ce secteur particulier de la Pévèle et du Mélantois.

Plusieurs **questions de recherche** nous animerons donc au fil de ce mémoire.

Cet état de fait est-il lié à la mobilisation des professionnels de tous horizons ? Est-il en lien avec les structures déjà existantes ? Pourrait-il se développer davantage si les usagers se montraient acteurs de leur prise en charge (GEM ; Groupe d'Entraide Mutuelle, Maison des Usagers, Bistrot thérapeutique) ? Pourrait-il encore s'accroître si la sensibilisation, l'information et l'implication des professionnels de tous horizons, des élus, des familles et des usagers se trouvaient renforcée de manière adéquate ?

Un constat et une analyse de l'existant au sein du bassin de vie de la Pévèle et du Mélantois (59G10) mais également sur l'autre versant du bassin de vie du secteur avoisinant à savoir le 59G09, constituant tous deux l'ensemble périphérique de nos interventions, pourraient permettre un rapprochement des moyens en créant une dynamique nouvelle autour d'un travail intersectoriel renforcé.

## V: Méthode

Après avoir, dans la revue de littérature, mis en avant les principaux concepts théoriques en lien avec notre recherche, puis étudié l'offre de soins et le profil des usagers du secteur 59G10, nous développerons ici la méthode qui nous a permis de recueillir des informations en lien avec nos questions de recherche.

Cette méthode est développée autour d'entretiens semi-directifs, qui seront analysés de manière qualitative autour de plusieurs thématiques : les connaissances et croyances des professionnels à propos des concepts clefs en santé mentale communautaire, l'évaluation de l'offre de soins existante et les pistes d'améliorations proposées.

### 5.1. Outil : Entretiens semi-structurés

Nous avons choisi de rédiger une grille d'entretien semi-structuré destiné à notre population cible. Vous trouverez la grille d'entretien complète en **Annexe 7**.

Trois thèmes ont été choisis pour organiser l'entretien :

- **THEME 1 : CONNAISSANCES/CROYANCES** autour des concepts

Nous avons cherché à connaître le niveau d'information des professionnels et des usagers sur les concepts de santé mentale et les termes qui s'y rapportent.

- **THEME 2 : EVALUATION DE L'EXISTANT**

Il s'agit de recueillir l'opinion des usagers et des professionnels sur les structures et les dispositifs déjà existants, et de cibler les facteurs qui leurs semblent délétères ou favorisant pour le soin en santé mentale.

- **THEME 3 : PISTES DE REFLEXIONS**

Ce thème a pour objectif de faire émerger les propositions des différents sujets interrogés sur l'accès et l'amélioration des soins

Les entretiens ont été retranscrits et analysés de façon qualitative, en fonction des trois thèmes de l'entretien.

## **5.2. Échantillon**

Nous avons identifié 3 groupes de sujets susceptibles de nous fournir un avis intéressant par rapport à nos questions. Le mode de recrutement est présenté ci-dessous.

- **Les professionnels du secteur 59G10**

Contactés par téléphone ou mail. Ils ont été rencontrés sur leur lieu de travail.

- **Les professionnels sociaux de terrain**

Contactés par téléphone ou mail. Ils ont été rencontrés sur leur lieu de travail.

- **Les usagers**

Les usagers du secteur ont été informés de l'existence de la présente recherche par le biais des soignants. Une fois les usagers intéressés identifiés, ils ont été mis en contact avec le chercheur.

Un formulaire d'information et de consentement a été remis à chaque sujet (voir **Annexe 8**).

## **5.3. Considérations éthiques**

Nous avons pris le soin de nous assurer du caractère éthique de notre recherche. Ainsi, tous les sujets ont été informés de l'objectif de la recherche et de leurs droits quant à leur

participation (Formulaire d'information et de consentement). De plus, nous avons pris le soin de garder confidentielle l'identité de chaque participant. Nous avons enfin prêté attention à ne pas entretenir de confusion quant à notre rôle : membre de l'équipe du 59G10 au quotidien, nous avons tenu à bien différencier le rôle de chercheur lors de la réalisation des entretiens.

## VI : Résultats

Ce chapitre a pour but de mettre en avant les principaux résultats de notre travail de recherche. Après un bref préambule, qui s'attache à décrire les points particuliers du recrutement de nos sujets, nous étudierons le contenu des entretiens réalisés auprès de trois groupes : les professionnels de secteur, les professionnels sociaux de terrain et les usagers.

Les professionnels de secteur, dont la fonction ne sera pas précisée pour garantir la confidentialité de leurs propos, sont au nombre de cinq. Ils sont tous soignants. Deux professionnels sociaux de terrain ont participé : une assistante sociale et une travailleuse sociale. Quatre usagers ont également répondu à nos questions : un débute son parcours de soin, la seconde vit des hospitalisations répétées et les deux autres bénéficient d'une prise en charge orientée vers la réhabilitation et l'inclusion en milieu ordinaire.

Cette analyse sera organisée en fonction de trois thèmes organisateurs de nos entretiens, déjà présentés dans le chapitre Méthode :

- Thème 1 : Connaissances et croyances autour des concepts
- Thème 2 : Évaluation des dispositifs existants
- Thème 3 : Pistes de réflexion.

Vous trouverez en Annexes 9 à 19 la retranscription des réponses des sujets.

### 6.1. Préambule

Avant même de parler de l'analyse des entretiens, nous aimerions attirer votre attention sur trois constats qui se dégagent à la suite de ces passations d'entretiens. Ces constats nous montrent tout le chemin qui nous reste à parcourir à court, moyen et long terme pour passer « *de l'asile à la cité, de l'aliéné au citoyen* » (Daumerie et al, 2009, p.51).

**1er constat** : Impossibilité d'inclure à l'étude les professionnels du secteur avoisinant, malgré les multiples sollicitations de notre part. Nos critères d'inclusion initiaux prévoyaient en effet de solliciter les professionnels du secteur 59G09.

## **Pourquoi ?**

Nous ne possédons pas de réponses adéquates et satisfaisantes à ces non-réponses, ce qui est d'autant plus dommageable au regard de la proximité des locaux et des secteurs d'intervention.

Faut-il parler de non-ingérence dans le fonctionnement de ce service ?

Faut-il mettre en avant une communication défectueuse de notre part ?

Faut-il laisser le temps au temps de faire son ouvrage ?

Ces questions restent sans réponse à l'heure actuelle mais trouveront, peut-être un jour, un cadre d'expression afin de favoriser ou de faciliter le travail intersectoriel qui devrait être de mise.

**2ème constat** : Difficultés à joindre les élus dans le laps de temps imparti à la rédaction de ce travail de fin d'études. Là encore, nous aurions aimé inclure les acteurs du champ politique à notre travail. Ce ne fut pas possible.

## **Pourquoi ?**

Deux explications peuvent être avancées.

La première est en grande partie liée aux contraintes de rédaction et de réalisation de ce travail. Le temps limité, la période estivale et les emplois du temps chargés de chacun sont un premier élément de réponse, sachant qu'il s'agit de petites communes et que les élus politiques ont encore un lien avec le monde du travail, cela les rendant peu ou difficilement disponible.

La seconde explication pourrait être mise en lien avec des difficultés liées à la mouvance politique, en référence à l'attente de l'intercommunalité (à l'horizon 2014-2015) et aux enjeux à débattre. Il a peut-être été délicat pour certains de se positionner alors que le paysage politique pourrait évoluer dans les prochains mois.

**3ème constat** : Malgré le constat de départ (pas d'usagers adhérents à l'UNAFAM<sup>3</sup> ou à la FNAPSY<sup>4</sup>) notre travail de communication et de démarchage auprès des usagers a porté ses fruits. Nous avons pu effectuer quatre entretiens avec des usagers, à notre grand étonnement. Nous nous attendions en effet à ce qu'ils soient les personnes les plus difficiles à convaincre : il n'en a pas été ainsi. Le relais apporté par nos collègues pour présenter notre travail aux soignés a sans doute aidé, en les mettant en confiance.

---

<sup>33</sup> UNAFAM: Union Nationale de Families et Amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques

<sup>44</sup> FNAPSY: Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie

Après ces constats, que nous discuterons plus en détail dans la dernière partie de notre travail, passons maintenant à la description de nos résultats.

## 6.2. Connaissances et croyances autour des concepts

La **notion de santé mentale dans la communauté** est définie par les professionnels de secteur comme l'intégration des soins dans la cité, se basant sur un partenariat multidisciplinaire : médecins généralistes, infirmières libérales, élus, associations, bailleurs sociaux, forces de l'ordre... Cette notion dépasse de fait la seule psychiatrie. Ces professionnels insistent sur le fait de prendre en charge les troubles mentaux au même titre que les autres problèmes de santé. Les professionnels sociaux de terrain insistent sur l'idée de traiter et d'accompagner hors les murs de l'hôpital, et ajoutent l'importance de la prévention. On remarque que ce point n'était pas abordé par les professionnels de secteur. Les usagers développent un autre axe de cette définition : celle de la reconnaissance par la communauté de leurs difficultés, sans jugement, sans stigmatisation ni exclusion. Une des usagers se réfère d'ailleurs à la définition même de la santé : pour elle, la « Folie » telle qu'elle est perçue par la société exclut le bien être.

On remarquera que ces points de vue semblent complémentaire, chacun mettant en avant les aspects qui lui sont les plus proches.

Questionnés sur le terme d'**empowerment**, tous les sujets ont été désorientés face à cet anglicisme. Certains ont cherché à y mettre du sens, en partant du terme anglais « power », sans grand succès. Seule une patiente a pu mettre en avant une définition proche de celle proposée dans la littérature : prise de conscience de son propre pouvoir, position d'acteur par rapport au trouble et développement des « bons » aspects de soi.

Le terme **d'inclusion sociale** représente pour les professionnels de secteur et pour les professionnels sociaux de terrain un système social, culturel, associatif et de soin qui inclut tous les citoyens, malgré les difficultés spécifiques de la population des patients psychiatriques. Les usagers mettent quant à eux plutôt en avant le besoin de partage et

d'échange avec l'autre « sain », ainsi que la possibilité de prendre des responsabilités au sein de ce système.

Seule une partie des professionnels de secteur avait connaissance de la signification exacte du **Conseil Local de Santé Mentale**. Pour les autres, ainsi que pour les professionnels sociaux de terrain et les usagers, il a fallu imaginer et créer du sens. Tous y voient un moyen de créer du lien entre tous les acteurs du soin, au sens large. La finalité pourrait être de se rencontrer, se comprendre, se connaître pour mieux travailler ensemble. Tous insistent également sur la nécessité d'un coordinateur. On note déjà une relative méconnaissance du dispositif, mais un réel intérêt pour le principe d'échange et de coordination, voire de reconnaissance de leur souffrance pour les usagers. Les professionnels sociaux de terrain ajoutent que cette instance pourrait être un point de repère pour les élus locaux, souvent désarçonnés lorsqu'ils sont confrontés à la détresse psychique de leurs concitoyens.

### **6.3. Évaluation de l'existant**

L'**offre de soin existante** est évaluée au global comme intéressante mais insuffisante, pour des raisons entre les divers groupes interrogés. Les professionnels de secteur mettent en avant les difficultés liées au morcellement du territoire : 28 communes éloignées et mal desservies par les transports en commun. Les usagers les plus précaires (et donc sans véhicule personnel) peuvent ainsi mettre plus d'une demi-journée pour effectuer un simple aller- retour entre leur domicile et le CMP. Le manque cruel d'habitat protégé est également cité. Les professionnels sociaux de terrain avancent plutôt les délais parfois bien trop longs entre la demande d'un patient et le rendez-vous fixé. Ce facteur de temps d'attente pèse également sur les prises de contact entre professionnels. Quant aux usagers, ils évoquent surtout une difficulté à aller vers les structures de soin : ce n'est pas pour eux un manque de ressources, mais plutôt une méconnaissance voire une peur du soin en psychiatrie.

La **place des usagers** a été également investiguée par deux questions complémentaires. Les professionnels de secteurs sont d'accord pour mettre l'utilisateur au centre du soin, mais rappellent que l'avis du patient doit être plus consultatif que délibératif. Il s'agit de tenir compte des demandes exprimées, mais pas de les précéder. Les professionnels sociaux de

terrain mettent eux plus en avant la prise de responsabilité du patient vis à vis de sa prise en charge, en fonction des potentialités de chacun. Les usagers ne revendiquent pas une place décisionnelle mais rappellent l'importance d'être consultés et d'être acteurs de leurs soins. Ils ajoutent qu'ils tiennent au respect du rythme de chacun.

Interrogés sur les **compétences et qualité de base à maîtriser pour travailler au plus près des usagers**, les professionnels de secteur mettent l'accent avant tout sur le savoir-être : empathie, humilité, respect de l'autre, adaptabilité, capacités de communication et de travail en réseau. L'ouverture d'esprit et les capacités d'analyse sont également mises en avant, tout comme une bonne connaissance du terrain. Les professionnels sociaux de terrain voient plutôt les aspects pratiques du travail, avec l'idée de respect du patient mais aussi de respect entre professionnels des pratiques de chacun, c'est à dire « *chacun à sa place pour ne pas interférer dans le travail de l'autre* ». Nous pouvons imaginer sans peine qu'ils s'appuient sur des situations concrètes vécues. Les usagers attendent des soignants ces qualités de savoir-être vis à vis d'eux. Ils souhaitent également majoritairement que les soignants soient plus conscients des retentissements concrets de la maladie sur leur vie quotidienne et familiale. La question du respect parfois trop strict des règles par les soignants est posée (ex : pas d'adaptation des horaires, manque de tolérance aux petits « écarts »).

Les sujets ont été questionnés quant à **l'efficacité des prises en charges proposées** sur le secteur. Le nombre important de structures était proposé comme un facteur favorisant. Tous s'accordent à dire que les prises en charge semblent plutôt efficaces, mais plutôt du fait de la forte implication des professionnels. La multiplicité des structures n'était pas vue comme particulièrement décisive.

Le **projet d'intercommunalité** a été évoqué lui aussi. Si ce projet peut séduire au sens où il apporterait des moyens supplémentaires, il éveille une certaine méfiance, ou au moins des doutes. Un organe supplémentaire pourrait compliquer encore le travail en réseau. De même, on sent chez tous une réserve quant aux stratégies politiques qui pourraient parasiter ce projet.

#### 6.4. Pistes de réflexion

Ce dernier axe visait à faire émerger des pistes pour améliorer la prise en charge en santé mentale sur le territoire, et aussi identifier les freins qui peuvent exister à son bon fonctionnement.

Toutes les personnes interrogées affirment qu'il est primordial d'harmoniser **les financements** des communes, par le biais des moyens humains, matériels et de mise à disposition de locaux, ceci afin de ne pas grever les budgets des communes les moins riches. Cette **harmonisation budgétaire** pourrait faciliter et/ou développer la poursuite de projets existants et/ou novateurs sur le bassin de vie de la Pévèle et du Mélantois tels qu'un Service Intensif Intégré à la Cité, un service d'Hospitalisation à Domicile, un Service d'Aide à la Vie Sociale ou encore une Maison de la Santé (SIIC, HAD, SAVS).

De même, afin de favoriser **la volonté commune de faire bouger les choses**, un groupe de pilotage et de coordination pourrait également voir le jour afin de pérenniser les projets et y impliquer tous les acteurs du soin. Ce mouvement pourrait être matérialisé par des publications et des efforts d'information sur le travail en psychiatrie, par exemple lors de « journées portes ouvertes » dans le milieu ordinaire de vie des usagers. Cette suggestion est formulée par les usagers et les professionnels sociaux de terrain.

Un frein à l'efficacité des prises en charges de secteur identifié par ces deux groupes est, de nouveau, **le manque flagrant de transport en commun ainsi que l'éloignement des différentes structures** ; manque qui interfère dans les déplacements des usagers et de leurs familles et qui peut peser dans le respect des rendez-vous.

La question suivante se posait en **termes de mutualisation des besoins**, en lien avec la proximité géographique immédiate des deux secteurs. Tous les professionnels de secteur ou du social et les usagers pensent que cette mutualisation peut répondre à une optimisation de la prise en charge mais tous émettent des doutes par rapport aux risques de conflits d'intérêt, aux incompatibilités d'humeur, de confrontations et d'approches divergentes quant à la prise en

charge des personnes. Tous se prononcent enfin pour un rapprochement en douceur afin de ne pas brusquer les choses.

**Les trois questions suivantes de notre entretien, relatives à la vision de la nouvelle intercommunalité**, ont toutes les trois été comprises ou interprétées de la même façon (mauvaise formulation de notre part ou question semblable ?) et ce par tous les interviewés. Celle-ci est vue comme pouvant être positive à plusieurs égards :

- **Au niveau budgétaire : elle pourrait limiter la précarité et améliorer le parcours de santé de l'utilisateur** (en lien avec la notion de régularisation des demandes et des orientations). Certains mettent en garde contre le développement d'un assistanat qui nuise à l'implication des usagers.
- **Au niveau de la clarification** des rôles et statuts de chacun des professionnels de soin, et des passerelles possibles entre les structures. Une suggestion apportée par certains professionnels est la mise en place de Conseils Locaux de Santé Mentale, pouvant jouer ce rôle de lien entre les structures et les intervenants.

Enfin, le dernier point abordé reflète, à notre sens, tout le travail qui reste à faire de la part de tous si l'on veut **y associer les usagers et leurs familles**.

Que se soient les professionnels du secteur, les professionnels du social et/ou les usagers, tous s'accordent à dire :

- Qu'il reste un énorme travail de communication autour de la prise en charge de la maladie mentale
- Qu'il est urgent de fédérer des acteurs de tous ordres autour de projets communs
- Que les difficultés liées au morcellement et au manque de transport en commun dans le bassin de vie de la Pévèle et du Mélançois doivent être évoqués de façon concrète auprès des décideurs politiques
- Que l'utilisateur doit trouver sa place en tant que citoyen, acteur de ses soins et de la gestion de sa vie.

Plus original, l'une des usagères se demande si un « mécénat » ou un travail accru auprès d'organismes privés, de type entreprise, ne pourrait pas être un vecteur de dé-stigmatisation. Elle citait en exemple un « Téléthon » de la psychiatrie afin de récolter des fonds et d'augmenter la visibilité des patients.

Après avoir présenté nos résultats de façon quantitative, nous vous proposons maintenant de nous acheminer vers la discussion. Cet ultime chapitre nous permettra de mettre en perspective nos résultats, de répondre à nos questions de départ et de proposer des pistes d'ouverture à la suite de ce travail.

## VII : Discussion

Ce sixième et dernier chapitre va nous permettre de reprendre les résultats principaux et de les confronter à nos questions de recherche et à la littérature. Nous tenterons ensuite d'envisager les limites de notre travail. Enfin, nous essayerons de dégager les pistes offertes par notre recherche.

### 7.1 : Reprise des résultats principaux

Nous nous sommes interrogés sur les facteurs favorisant et entravant la prise en charge des patients sur le secteur 59G10, en nous demandant plus particulièrement si la mobilisation des professionnels et des usagers pouvait expliquer la prévalence relativement faible des troubles mentaux sur ce secteur. Notre questionnaire portait également sur la représentation de la santé mentale et le niveau de connaissance des principaux concepts en santé mentale communautaire.

Remarquons en premier lieu que les **concepts** de santé mentale dans la communauté et d'inclusion sociale sont plutôt bien connus dans notre échantillon. Nous pouvons remarquer qu'en fonction du statut des sujets interrogés, à savoir professionnels de la santé mentale, professionnels sociaux de terrain ou usager, ce ne sont pas les mêmes aspects des définitions qui sont mis en avant. En effet, les professionnels du soin insistent sur l'aspect médical, relatif à la santé, du trouble, en le mettant au même niveau que les autres pathologies somatiques, c'est à dire ne justifiant pas une exclusion des patients. Les professionnels sociaux voient, quant à eux, plutôt l'importance de la prévention de ces troubles et de la réinsertion des sujets dans la cité. Les usagers, enfin, insistent sur la reconnaissance de leur trouble par la communauté. Ainsi, chacun a pu apporter une facette de la définition de la santé mentale. Si on se réfère à la définition de la santé par l'OMS dans la charte d'Ottawa (1986), on retrouve bien ces différents axes. Il nous apparaît d'autant plus important que ces personnes travaillent de concert, puisque leur vision de la santé et de la maladie mentale se complètent, chacun en ayant une vision correcte mais parcellaire.

Certains anglicismes et acronymes, tels qu'empowerment et CLSM, ne sont pas connus. Le sens peut être retrouvé, mais il apparaît essentiel de développer et de véhiculer un langage clair et transparent, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels. Le risque est de ne pas s'investir, à l'image de nos sujets qui ont été nombreux à ne pas chercher ce que pouvait dire « empowerment », et à ne pas s'approprier sa définition. On imagine sans peine que cet effet pourrait se reproduire à plus large échelle lors de réunions de service ou d'information.

Un facteur particulièrement positif est l'**implication** qui a transparu au travers de toutes ces rencontres : professionnels et usagers se sont dits prêts à s'investir, chacun à leur niveau. Si cela peut sembler aller de soi pour des professionnels, il est plus marquant que des usagers soient prêts à donner de leur temps et de leur énergie pour s'impliquer dans leur prise en charge et dans les organes de réflexion et de concertation en santé mentale. On touche du doigt le concept d'inclusion sociale : des usagers et des acteurs de soin se voient comme acteurs conjoints du système de soin.

En découle une volonté forte de mutualiser les compétences de chacun, que l'on soit professionnel ou usager des soins. Ces constatations nourriront nos pistes de travail en fin de chapitre.

Nous ne pouvons nous empêcher de nous questionner à ce stade : est-ce que cette forte mobilisation de tous peut être mise en lien direct avec la faible prévalence des troubles mentaux, ou au contraire, est-il plus facile de se sentir mobilisé dans un secteur plutôt « protégé », c'est à dire avec une faible proportion de sujets touchés par la maladie mentale ? Il ne nous est pas possible, bien évidemment, de répondre à cette question au vu des variables connexes impliquées. Il serait toutefois pertinent de pouvoir mettre en place des études plus larges pour y répondre.

D'autres facteurs sont apparus comme étant moins favorables à une prise en charge optimale des usagers. Le **morcellement** du territoire, associé à un offre de transports publics insuffisante, semble être un réel frein à la compliance des patients : il est difficile d'honorer des rendez-vous quand on n'a pas de moyens de se rendre dans la structure indiquée.

Les **croyances** autour de la maladie mentale semblent encore aujourd'hui source de souffrance pour les usagers. Ils mettent en avant un besoin d'être plus inclus dans la société, mettant par là en avant un rejet vécu, ou au moins une mise à l'écart du reste de la communauté par rapport à leur trouble. L'enquête SMPG, menée sur le même bassin de population, avait mis en évidence en 2010 l'idée que le malade mental, et encore plus le « fou » était nécessairement exclu de la société. A l'inverse, le « fou » n'est pas vu comme en souffrance, mais reclus dans son monde interne. Il y a encore bien du travail pour faire évoluer cette perception.

Un autre frein à l'efficacité des prises en charge est selon les usagers le **manque de connaissance** de certains professionnels des répercussions de la maladie mentale sur le quotidien individuel et familial. Ils expliquent ainsi que les effets secondaires et indésirables des traitements sont souvent mal connus ou ignorés par les professionnels du soin. L'OMS expliquait bien que la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie : la qualité de vie de chacun importe. Le soin ne devrait pas uniquement s'attacher à la maladie, mais à tout ce qu'elle engendre chez le patient.

Un dernier frein, peut être propre à cette recherche, est l'absence d'implication des professionnels du secteur voisin dans ce travail. Sollicités pour des entretiens, ils n'ont pas pu ou souhaité participer. Espérons que cet état de fait ne soit pas le reflet d'une difficulté à travailler ensemble, mais uniquement une impossibilité ponctuelle à se mobiliser pour une recherche.

## **7.2 : Limites**

Ce travail comporte à notre sens plusieurs limites.

Une première limite concerne le recrutement des usagers : une patiente s'est saisie de l'entretien de manière forte, avec beaucoup de réflexions intéressantes. Son profil particulier (niveau d'études supérieures universitaires) ne la rend pas complètement représentative de l'ensemble des usagers rencontrés sur ce secteur.

Une autre limite réside dans le temps imparti pour réaliser cette recherche : il a été parfois difficile de rencontrer certaines personnes, faute de temps. Les politiques ont été difficiles à approcher, en partie à cause d'agendas très serrés. N'oublions pas également que certaines échéances importantes au niveau politique se préparent (élections municipales notamment), expliquant peut être ce manque de disponibilité.

Une dernière limite réside dans la méthode adoptée. L'entretien permet un contact direct avec l'interviewé, mais n'a peut être pas laissé le temps à tous de se mobiliser pour donner des réponses plus élaborées à des questions parfois complexes.

### **7.3 : Perspectives**

Tout au long de ce travail, nous avons pu échanger avec des usagers de notre secteur et les « inciter » à réfléchir sur leur positionnement en tant qu'acteurs des soins. C'est ainsi que nous avons pu rencontrer quatre usagers de notre secteur qui se positionnent clairement en temps qu'usager de la psychiatrie et qui se disent prêt à s'engager dans la démarche de création d'association d'usager en adhérant à une fédération quelconque.

Cette démarche peut s'inscrire dans la création du CLSM d'Ostricourt et pourquoi pas impulser un vent de dynamisme pour les autres communes du secteur en vue d'essaimer sur tout le territoire de la Pévèle et du Mélançois. Ce que cette commune propose (CLSM), pourquoi ne pas l'étendre à l'ensemble du territoire ?

En tant qu'infirmier de ce secteur, nous souhaitons nous aussi être partie prenante avec nos collègues de cette nouvelle façon de concevoir et de pratiquer le soin en santé mentale.

## VIII : Conclusion

La place de la santé mentale dans la communauté a été le fil conducteur de ce travail ainsi que la position centrale que doivent occuper les usagers en tant qu'acteur du soin.

Le paradigme de la santé mentale communautaire tend à placer l'utilisateur en tant que citoyen à part entière, en lui et nous faisant prendre en compte toutes les capacités et les compétences dont il dispose. La notion d'empowerment pourra trouver son efficacité dans la pérennité si tous les acteurs du soin (médicaux, paramédicaux, sanitaires, sociaux, associatifs, bailleurs sociaux et/ou privés, familles et usagers) arrivent à se mettre autour d'une table, en utilisant des vocables communs, dans le but d'arriver à ériger une réflexion commune autour de la prise en charge des personnes souffrant de problème de santé mentale.

L'étude de nos données qualitatives a permis de construire un socle de connaissances mettant en lumière les facteurs favorisant versus entravant la prise en charge psychiatrique dans notre secteur d'étude. Des axes de progrès, d'espoir, de travail et surtout de collaborations futures ont pu être dégagés tout au long de ce travail, même si certaines pistes, devant être explorées, n'ont pas pu l'être, au vu du temps imparti et du format restreint de ce présent travail. Nous avons de plus eu de sérieuses difficultés à mobiliser certains professionnels, pourtant concernés par ces possibles collaborations.

Les conclusions de notre travail pourront contribuer à alimenter, à l'horizon 2014-2015, la réflexion autour de la refonte de l'offre de soin dans ce secteur, liée à une restructuration de l'intercommunalité. Nous espérons ainsi pouvoir plaider pour une politique de soin au plus proche des besoins des usagers, qui tienne compte de façon réaliste des contraintes et des atouts du terrain dont ils sont issus.

Cela pourrait passer, comme les professionnels eux-mêmes le disent, par la création d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) sur le secteur G10, afin de mettre en place et/ou d'étoffer l'inclusion sociale, l'un des vecteurs qui permettra de mettre l'utilisateur en position de citoyen à part entière. A notre grande surprise, des usagers se sont positionnés spontanément afin de devenir des acteurs centraux et fédérateurs autour de la mise en place éventuelle de ces

CLSM. Ils illustrent de manière claire ce que peut être l'empowerment, dans son sens le plus positif, en n'ayant pas besoin d'être motivés pour être acteurs de leurs soins : ils demandent plutôt une reconnaissance de leur envie de faire partie de leur prise en charge.

Ce nouvel partenariat permettra, nous en sommes persuadés, de passer de « l'asile à la cité ; de l'aliéné au citoyen ».

## IX : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Daumerie, N., Caria, A., Monchicourt, C., Vandeborre, A. (2009). Pratiques de psychologue dans un service de santé mentale intégré dans la communauté urbaine : vers une définition des rôles du « psychologue communautaire », *Pratiques Psychologiques*. 15 (1), 49-63.
- Dugravier, R., Legge, A., Milliex, M. (2009). Les bases du développement de la psychologie communautaire en Europe, *Pratiques Psychologiques*. 15 (1), 39-47.
- Haelewyck, M.-C., De Schepper M. (2012). De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champ du handicap mental, *Handicaps-Info*. 27 (3), 5-20.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : OMS.
- Pôle de psychiatrie générale de l'adulte de la Pévèle et du Mélançois 59G10. (2010). *Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités*. Lille : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale.
- Roelandt, J.-L., Desmons, P. (2001). *La psychiatrie citoyenne*. Paris : In Press.
- Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clefs de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*. 15 (1), 7-16.
- Saïas, T. (2011). Le cadre conceptuel de la psychologie communautaire. In T. Saïas (Ed.), *Introduction à la psychologie communautaire* (pp.13-26). Paris : Dunod.

### Site internet

Association Française de Psychologie Communautaire : <http://www.psychologie-communautaire.fr>

## **X : Sommaire des Annexes**

**Annexe 1 : Projet d'Intercommunalité**

**Annexe 2 : Projet de la Grande Pèvèle**

**Annexe 3 à 6 : Files actives du secteur G10**

**Annexe 7 : Grille d'entretien semi-structuré**

**Annexe 8 : Formulaire d'information**

**Annexe 9 : Entretien du professionnel de secteur n°1**

**Annexe 10 : Entretien du professionnel de secteur n°2**

**Annexe 11: Entretien du professionnel de secteur n°3**

**Annexe 12 : Entretien du professionnel de secteur n°4**

**Annexe 13 : Entretien du professionnel de secteur n°5**

**Annexe 14 : Entretien du professionnel du social de terrain n°1**

**Annexe 15: Entretien du professionnel du social de terrain n°2**

**Annexe 16:Entretien de l'utilisateur n°1**

**Annexe 17 : Entretien de l'utilisateur n°2**

**Annexe 18 : Entretien de l'utilisateur n°3**

**Annexe 19 : Entretien de l'utilisateur n°4**

Projet d'Intercommunalité

INTERCOMMUNALITÉ

## Grande Pévèle : il faudra s'entendre à 38... et vite !

Le préfet a réuni lundi les représentants des cinq entités (quatre communautés de communes et la ville de Pont-à-Marcq) qui sont appelées à former la future Grande Pévèle : 38 communes, 90 000 habitants (de Camphin-en-Pévèle, au nord, à Bouvignies, au sud, et de Camphin-en-Carembault, à l'ouest, à Saméon, à l'est). Une nouvelle intercommunalité qui aura la « taille critique » pour générer des économies d'échelle sur tout son territoire. Dès lors, le préfet a annoncé aux différents partenaires qu'ils avaient jusqu'au 31 août pour lui présenter les statuts de la future structure dont la mise en œuvre devait initialement intervenir le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Une date butoir que les deux chefs de file du mouvement de fusion, le député-maire de Phalempin, Thierry Lazaro (UMP), et le sénateur-maire

d'Orchies, Dominique Bailly (PS), voudraient repousser d'un an, « pour éviter que le débat sur la fusion vienne polluer la campagne des élections municipales ». Une dérogation pourrait être accordée dans ce sens par la ministre de la Réforme de l'État.

Le principal opposant à cette fusion à marche forcée, le maire de Templeuve et président de la CCPP (Communauté de communes du Pays de Pévèle), Luc Monnet (divers droite), a « pris acte du résultat du vote des communes et participera au travail à fournir pour préparer la fusion ». Thierry Lazaro et Dominique Bailly ont déjà souligné qu'une période transitoire de deux ans permettrait une prise de compétences progressive de la nouvelle entité et qu'un « lissage » de douze ans était prévu par la loi pour unifier la fiscalité locale. Une fusion en douceur, en quelque sorte. ■ O. H.



### Annexe 3

#### Files actives du secteur G10

	2 010	2 011	2 012
File active réelle (Temps plein, Temps partiel et ambulatoire, actes RIM-P uniquement)	1 826	1 831	1 849
File active ambulatoire : CMP B Lapointe (actes RIM-P uniquement)			
<i>Total</i>	1 645	1 677	1 692
<i>Du secteur 59G10</i>	1 273	1 317	1 356
<i>Hors secteur</i>	372	360	336
File active des patients hospitalisés en Temps Plein			
<i>Total</i>	188	192	226
<i>Du secteur 59G10</i>	126	138	164
<i>Hors secteur</i>	62	54	62
Nombre de journées d'hospitalisation (Temps plein)			
<i>Total</i>	6 546	5 840	6 032
<i>Des patients du secteur 59G10</i>	4 991	4 619	5 094
<i>Des patients hors secteur</i>	1 555	1 221	938

## Annexe 4

### Files actives du secteur G10

E.P.S.M. LILLE - METROPOLE

Armentières, le 12/03/2013

DIRM-CAG

page 7/7

Département d'Information et de Recherche Médicale - poste 2174 et Cellule d'Analyse de Gestion - poste 2035

<b>ACTIVITES TEMPS PARTIEL (hors hospitalisation) et AMBULATOIRES (source RIM - P)</b>													
<b>SECTEUR G10</b>	oct. 2011		nov. 2011		déc. 2011		cumul fin déc. 2010		cumul fin déc. 2011		écart 2011/2010		
	patients	actes	patients	actes	patients	actes	patients	actes	patients	actes	patients	actes	
<b>Dr ROCHE</b>													
<b>total secteur</b>													
<i>activité temps partiel</i>	<i>structures temps partiel dont l'activité est décrite</i>						2	cattp	2	cattp			
1/2 journées		214		187		155		2 548		2 237			
journées	65	8	56	2	63	2	162	273	139	201	-14%	-26%	
total en 1/2 journées		230		191		159		3 094		2 639		-15%	
<i>activité en ambulatoire</i>	<i>structures "ambulatoire" dont l'activité est décrite</i>						1	cmp	1	cmp			
							2	ant.	2	ant.			
<i>par nature d'acte</i>	561	1 061	577	1 081	556	1 005	1 750	11 796	1 764	12 768	1%	8%	
Accompagnement	9	18	4	10	5	15	26	48	39	140	50%	192%	
Démarche	35	54	45	81	46	77	272	1 336	199	921	-27%	-31%	
Entretien	540	893	551	916	519	820	1 720	9 865	1 726	10 789	0%	9%	
Groupe (participation à un grp)	14	26	16	29	17	24	30	195	67	275	123%	41%	
Réunion au sujet d'un patient	65	70	43	45	66	69	295	352	524	643	78%	83%	
<i>par type d'intervenant</i>	561	1 802	577	1 554	556	1 669	1 750	14 314	1 764	18 926	1%	32%	
médecins	344	484	319	388	340	397	1 412	4 156	1 476	4 866	5%	17%	
infirmiers	328	971	304	770	306	916	846	6 851	1 033	10 083	22%	47%	
psychologues	121	205	103	171	97	130	446	1 467	666	1 903	49%	30%	
assistants sociaux	70	88	86	129	101	153	292	1 181	495	1 180	70%	0%	
personnel de rééducation	16	22	23	34	15	16	70	339	101	394	44%	16%	
personnel éducatif	11	15	17	31	4	5	18	191	27	203	50%	6%	
autres intervenants soignants	17	17	30	31	51	52	124	129	270	297	118%	130%	
<i>par type de lieu</i>	561	1 061	577	1 081	556	1 005	1 750	11 796	1 764	12 768	1%	8%	
Cmp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Cmp Pont à Marcq	450	720	464	754	450	705	1 384	7 418	1 441	8 230	4%	11%	
Antenne cmp Cysoing	4	4	6	7	9	9	50	94	50	86	0%	-9%	
Antenne cmp Templeuve	0	0	5	8	4	8	10	11	7	62	-30%	464%	
Antenne cmp Thumeries	53	73	35	55	36	42	224	1 029	183	842	-18%	-18%	
Accueil lycée de Genech	8	11	14	15	7	7	79	97	93	117	18%	21%	
Mission locale Ostricourt	4	4	10	10	3	3	6	13	27	63		385%	
Foyer CAUSE	0	0	2	2	0	0	23	48	18	22	-22%	-54%	
PMI	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0			
Cabinet du médecin traitant	0	0	0	0	0	0	4	5	7	9			
Domicile du patient	45	116	42	128	45	114	125	1 367	113	1 527	-10%	12%	
Ch Seclin Urgences	14	14	11	11	13	13	224	240	180	202	-20%	-16%	
Ch Seclin MCO	2	2	2	2	0	0	4	5	15	15			
EHPAD - Cysoing	3	6	3	6	5	8	4	59	11	87		47%	
EHPAD - Flers en Esc.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	11			
EHPAD - Marchiennes	5	10	5	5	5	10	6	93	7	115		24%	
EHPAD - Nieppe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
EHPAD - Phalempin	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1			
EHPAD - Pont à Marcq	3	5	2	5	2	2	4	42	6	58		38%	
EHPAD - St Amand	10	16	7	7	11	21	12	110	13	169			
EHPAD - Templeuve	3	4	2	4	3	6	9	80	8	59		-26%	
Foyer logement Ostricourt	12	25	11	29	10	22	14	273	15	250	7%	-8%	
Mais. retraite Armentières	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0			
Etab. social ou médico-social	0	0	1	2	3	3	23	31	20	31	-13%	0%	
Appartement thérapeutique	9	26	6	7	7	12	16	45	24	144	50%	220%	
Unité d'hosp. psychiatrique	7	16	10	18	9	12	49	144	40	126	-18%	-13%	
Cattp Pont à Marcq	4	4	0	0	1	1	117	553	113	506	-3%	-8%	
Cattp Thumeries	3	3	6	6	7	7	22	37	31	36	41%	-3%	

\* antennes de cmp à Templeuve et Thumeries

## Annexe 5

### Files actives du secteur G10

EPSM LILLE METROPOLE

Armentières, le 12/03/2013

DIRM-CAG

Département d'Information et de Recherche Médicale - poste 2174

Cellule d'Analyse de Gestion - poste 2035

<b>ACTIVITE DES SECTEURS PSYCHIATRIQUES</b>								
<i>Sources : Gestion Administrative (temps complet et hospitalisation temps partiel) et RIM-P (autres activités)</i>								
<b>SECTEUR G10</b>	<b>Dr ROCHE</b>	<b>part</b>		<b>part</b>		<b>part</b>		<b>écart</b>
<b>psychiatrie générale</b>		<b>2009</b>	<b>/ file active</b>	<b>2010</b>	<b>/ file active</b>	<b>2011</b>	<b>/ file active</b>	<b>2011</b>
<small>pop(2008) : 60870 hab. dont 47629 16 ans et +</small>		<b>/ total actes</b>		<b>/ total actes</b>		<b>/ total actes</b>		<b>/ 2010</b>
<b>file active totale</b>		<b>1 848</b>		<b>1 828</b>		<b>1 831</b>		<b>0%</b>
nombre de nouveaux patients		793	43%	757	41%	817	45%	8%
patients mono-consultants		478	26%	549	30%	431	24%	-21%
<b>prises en charge ambulatoires</b>								
file active ambulatoire		1 751	94,75%	1 750	95,73%	1 764	96,34%	1%
patients en ambulatoire exclusivement			0,00%		0,00%		0,00%	
nombre total d'actes aux patients		11 957		11 796		12 768		8%
nombre d'actes par les intervenants		16 043		14 314		18 926		32%
personnel médical actes		4 294	26,77%	4 156	29,03%	4 866	25,71%	17%
personnel non médical actes		11 749	73,23%	10 158	70,97%	14 060	74,29%	38%
<i>part des actes au delà du 1er intervenant</i>		25,47%		17,59%		32,54%		85%
nombre d'actes aux patients par lieu		11 957		11 796		12 768		8%
cmp ou antenne		8 534	71,37%	8 565	72,61%	9 283	72,71%	8%
domicile ou substitut		1 517	12,69%	1 372	11,63%	1 536	12,03%	12%
psychiatrie de liaison urgences		249	2,08%	240	2,03%	202	1,58%	-16%
mco		6	0,05%	5	0,04%	15	0,12%	200%
établissement social		834	6,97%	737	6,25%	803	6,29%	9%
autres lieux ou unités du secteur		817	6,83%	877	7,43%	929	7,28%	6%
nombre d'actes aux patients par nature		11 957		11 796		12 768		8%
accompagnements actes		98	0,82%	48	0,41%	140	1,10%	192%
démarches actes		1 300	10,87%	1 336	11,33%	921	7,21%	-31%
entretiens actes		10 011	83,73%	9 865	83,63%	10 789	84,50%	9%
groupes actes		19	0,16%	195	1,65%	275	2,15%	41%
réunions actes		529	4,42%	352	2,98%	643	5,04%	83%
<i>nombre moyen d'actes par patient</i>		6,83		6,74		7,24		7%
<b>prises en charge à temps partiel</b>								
file active temps partiel		206	11,15%	166	9,08%	143	7,81%	-14%
patients à temps partiel exclusivement			0%		0%		0%	
hospitalisation patients		5	0,27%	7	0,38%	8	0,44%	14%
de jour venues		711		947		1 032		9%
hospitalisation patients		0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
de nuit venues		0		0		0		
soins en patients		202	10,93%	162	8,86%	139	7,59%	-14%
c.a.t.t.p. 1/2 journées		3 929		3 094		2 639		-15%
<b>prises en charge à temps complet</b>								
file active temps complet		242	13,10%	194	10,61%	200	10,92%	3%
patients à temps complet exclusivement			0,00%		0,00%		0,00%	
patients hosp. à tps plein depuis + d'1 an		1	0%	3	0%	1	0,1%	-67%
hospitalisation patients		237	12,82%	188	10,28%	192	10,49%	2%
temps plein journées		8 440		6 476		5 841		-10%
accueil familial patients		4	0,22%	4	0,22%	5	0,27%	25%
thérapeutique journées		1 396		961		1 106		15%
appartement patients		14	0,76%	15	0,82%	18	0,98%	20%
thérapeutique journées		1 576		1 432		1 766		23%

## Annexe 6

### Files actives du secteur G10

E.P.S.M. LILLE-METROPOLE D.A.F.C.I. C.A.G. poste 2035				Armentières, le 12/03/2013						
<b>ACTIVITE D'HOSPITALISATION ET AUTRES A TEMPS COMPLET EN PSYCHIATRIE (source gestion administrative des patients)</b>										
SECTEUR G10 Dr ROCHE	oct.	nov.	déc.	cumul annuel fin déc.			écart 2011 / 2010		écart 2011 / prévu	
	2011	2011	2011	2010	2011	prévu	valeur	%	valeur	%
<i>moyens installés</i>	40	40	40	40	40 lits d'hospitalisation à temps plein					
	7	7	7	7	7 lits d'appartement thérapeutique					
	4	4	4	3	4 places d'accueil familial thérapeutique					
<i>file active et entrées en hospitalisation temps plein pour le secteur</i>										
file active sur l'année				170	181		11	6%		
entrées directes ho ou sdre	1	1	1	6	10		4	67%		
<i>dont pour détenus</i>	0	1	1	4	3		-1	-25%		
entrées directes hdt	0	5	1	41	48		7	17%		
entrées directes hl	26	17	28	256	261		5	2%		
total entrées directes	27	23	30	303	319		16	5%		
entrées par mutation	0	0	2	2	2		0			
total entrées	27	23	32	305	321		16	5%		
réadmissions sur l'année				50,16%	48,60%		-2	-3%		
<i>entrées pour d'autres secteurs de l'EPSM (Seclin, UTP), faute de place</i>										
ho ou sdre	0	0	0	1	0		-1			
hdt	0	0	0	3	5		2			
hl	0	0	2	4	5		1			
total entrées directes	0	0	2	8	10		2			
<i>entrées pour d'autres C.H., faute de place</i>										
ho ou sdre	0	0	0	0	0		0			
hdt	0	0	0	5	1		-4			
hl	0	1	0	5	2		-3			
total entrées directes	0	1	0	10	3		-7	-70%		
<i>journées et durées d'hospitalisation temps plein pour le secteur</i>										
ho ou sdre	41	27	21	162	202		40	25%		
hdt	14	63	61	901	1042		141	16%		
hl	393	313	415	5290	4538		-752	-14%		
total journées	448	403	497	6353	5782	5800	-571	-9%	41	1%
<i>dont non héberg. la nuit fdp</i>	0	0	0	0	0		0			
journées subsistance	0	0	0	8	2		-6			
journées/séjour sur l'année				19,67	17,16		-3	-13%		
journées/patient sur l'année				37,37	31,94		-5	-15%		
<i>les journées ci-dessous, non isolées dans les prévisions, sont prises en compte dans le calcul des écarts.</i>										
<i>journées pour d'autres secteurs de l'EPSM (Seclin, UTP), faute de place</i>										
ho ou sdre	0	0	14	18	14		-4	-22%		
hdt	0	0	0	17	9		-8	-47%		
hl	0	0	7	28	22		-6	-21%		
total journées	0	0	21	63	45		-18	-29%		
<i>patients d'autres secteurs hébergés de nuit faute de place</i>										
nuitées	1	2	0	30	14		-16	-53%		
<i>journées pour d'autres C.H., faute de place</i>										
ho ou sdre	0	0	0	0	0		0			
hdt	0	0	0	30	11		-19	-63%		
hl	0	1	0	30	3		-27	-90%		
total journées	0	1	0	60	14		-46	-77%		
<i>venues en hospitalisation temps partiel</i>										
de jour en unité tps plein	77	70	81	947	1032	750	85	9%	282	38%
de nuit en unité tps plein	0	0	0	0	0	0	0		0	
total venues	77	70	81	947	1032	750	85	9%	282	38%
<i>sorties d'essai ou programmes de soins</i>										
en cours en fin de période	1	1	1	4	1					
journées	32	31	35	1545	596		-949	-61%		
<i>occupation moyenne en hospitalisation</i>										
temps plein	36%	34%	42%	45%	42%		-3	-7%		
<i>moyenne des présents en hospitalisation</i>										
temps plein	14	13	17	18	16		-2	-10%		
de jour en unité tps plein	4	4	4	4	4		0			
de nuit en unité tps plein	0	0	0	0	0		0			
<i>journées d'appt thér.</i>	199	141	81	1432	1766	1500	334	23%	266	18%
<i>occupation moyenne</i>	92%	67%	37%	56%	69%		0			
<i>journées d'AFT</i>	88	90	80	961	1106	1200	145	15%	-94	-8%

## Annexe 7

### Grille d'entretien semi-structuré

#### **THEME 1 : CONNAISSANCES/CROYANCES autour des concepts**

- 1.1 : Selon-vous, en quoi consiste le terme « santé mentale dans la communauté » ?
- 1.2 : Que mettriez-vous derrière ce terme ?
- 1.3 : Que signifie pour vous le terme « *empowerment* » ?
- 1.4 : Que signifie pour vous le terme « *d'inclusion sociale* » ?
- 1.5 : Que signifie pour vous le terme « *Conseil Local de Santé Mentale* » ?

#### **THEME 2 : EVALUATION DE L'EXISTANT**

- 21 : L'offre de soins proposée par les services est-elle satisfaisante ?
- 22 : Quelle place accordez-vous aux usagers dans cette situation de soins ?
- 23 : Que pensez-vous de la place qui vous est réservée (aux usagers) ?
- 24 : Quelles sont les compétences, les qualités que doivent avoir les différents Professionnels qui interviennent au plus près des usagers ?
- 25 : L'étude SMPG dans le bassin de vie de La Pévèle et du Mélantois a permis de mettre en évidence une plus faible prévalence des troubles psychiatriques au sein de ce bassin de vie. Selon-vous la forte mobilisation des professionnels ainsi que la présence de nombreuses structures alternatives aux soins peuvent elles être le garant de la réussite de ce concept de soins ?
- 26 : A contrario, la nouvelle intercommunalité qui devrait voir le jour en 2014,2015 Peut-elle être un obstacle dans la réalisation rapide et concertée de ce projet ?

### **THEME 3 : PISTES DE REFLEXIONS**

- 31 : Quels sont les moyens (techniques, humains et matériels) à mettre en œuvre ?
- 32 : Un rapprochement, une synergie des moyens proposés par les secteurs  
Concomitants pourrait-il permettre d'étoffer l'offre de soins et de remettre  
L'utilisateur au centre des soins ?
- 33 : Quel impact ont à votre avis les politiques territoriales via l'intercommunalité  
Sur la prise en charge des usagers ?
- 34 : Est-ce pour vous un frein ou un avantage ? Si oui, argumentez votre réponse.
- 35 : Si c'est un frein, comment y remédier ?
- 36 : Comment comptez-vous associer les usagers et leurs familles à ce projet ?

## Annexe 8

### Formulaire d'information relatif au Travail de Fin d'Études : « Aspects sociodémographiques et santé mentale au sein du secteur 59G10 »

Nous vous proposons de participer à une recherche portant sur les aspects sociodémographiques en santé mentale sur le secteur 59G10, dans le cadre d'un travail de fin d'études pour le Diplôme Inter Universitaire en Santé Mentale dans la Communauté.

Cette recherche devrait à terme permettre de clarifier les connaissances sur les facteurs favorisants et délétères pour les soins en santé mentale dans ce bassin de vie.

#### **La recherche se déroulera comme suit :**

Un unique entretien réalisé sur votre lieu de travail/de soin. Cet entretien aura une durée approximative de 30 minutes.

#### **Participation et cessation**

Votre participation lors de cette recherche est **totale**ment libre. Vous pouvez donc refuser de participer. Si vous décidez d'y participer, vous pourrez malgré tout changer d'avis à n'importe quel moment et cesser toute participation, sans devoir justifier ce choix.

#### **Risques et avantages**

Il n'existe aucun risque connu concernant ce type d'étude.

#### **Aspect financier**

La participation à cette recherche ne vous coûtera rien.

#### **Confidentialité**

Les données collectées seront retranscrites. Aucun résultat personnel ne sera divulgué. Seules les personnes impliquées dans le projet auront accès à ces données.

Les résultats de l'étude feront l'objet d'un compte-rendu écrit à partir duquel il sera totalement impossible d'identifier les personnes ayant participé à la recherche, même de manière indirecte. L'étude est donc totalement anonyme.

Si vous le souhaitez, un compte-rendu des observations réalisées vous sera présenté. Nous vous décrirons également les principales conclusions tirées de ces observations.

Vous pourrez à tout moment prendre contact avec l'étudiant à l'adresse suivante :

Patrice Gaugue : pgaugue@epsm-lille-metropole.fr

EPSM Lille Métropole, Secteur 59G10. Armentières

## **CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE RECHERCHE**

Nom Prénom : .....

Pour l'étude «**Aspects sociodémographiques et santé mentale au sein du secteur 59G10** »

Monsieur Patrice Gaugue m'a proposé de participer à une recherche dont l'objet est de clarifier les connaissances sur les facteurs favorisants et délétères pour les soins en santé mentale dans ce bassin de vie.

J'ai reçu une copie datée et signée du formulaire de consentement éclairé. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée et les effets prévisibles de la recherche et ce qu'on attend de moi. Les possibles risques et avantages de l'étude m'ont été expliqués. J'ai reçu le temps et la possibilité de me renseigner à propos de l'étude et toutes mes questions ont reçu des réponses satisfaisantes.

Il m'a été précisé que je suis libre de quitter la recherche à tout moment. L'anonymat m'est garanti et seules les personnes impliquées dans le projet auront accès à ces données.

J'ai été informé(e) des conditions de participation à l'étude et les accepte.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au chercheur nommé ci-dessus, qui m'a proposé de participer à cette étude.

J'ai lu et reçu copie de ce formulaire et j'accepte de participer au présent protocole.

Fait en ... exemplaires, à....., le.....

Signature

## **Annexe 9**

### **Entretien Professionnel de secteur : Sujet n°1**

#### **THEME 1**

- 1.1 : Prise en charge des problèmes de santé publique et psychologique du citoyen.  
Dépasse le seul fait de la psychiatrie.
- 1.2 : Prise en charge psychologique, sociologique et psychosociologique des problèmes du citoyen.  
Soins plus larges; dépasse les seuls troubles mentaux;  
Prise en charge des personnes fragilisées par des événements douloureux de l'existence.  
Concerne tous les acteurs du cadre de soin.
- 1.3 : Participation et intégration des usagers, soins éducatifs.
- 1.4 : Éviter les ghettos, le rejet et la discrimination ; développer une mixité socio-économique.
- 1.5 : Création d'une instance regroupant tous les acteurs politiques, sanitaires et sociaux du territoire afin de mettre en œuvre les différents projets.

#### **THEME 2**

- 2.1 : Manque d'habitat protégé ; manque de connaissance du réseau et du pôle de psychiatrie.
- 2.2 : Intégrer aux instances de concertation, de consultation.  
Notion de pair aidant.
- 2.3 : Place représentative dans le groupe et/ou en individuelle.
- 2.4 : En fonction du champ d'intervention : issu de ce champ pour mieux appréhender le trouble.  
Chacun à sa place pour ne pas interférer dans le travail de l'autre.  
Relation d'aide ; Bonne connaissance du secteur et du territoire.
- 2.5 : Garant= Non  
Réseau = Oui

Notion plurifactorielle / Prise en charge.

Maillage du territoire afin d'étoffer et d'affiner le travail (ex : accueil sans rendez-vous)

2.6 : Oui car plus de structures.

Non car plus d'instances.

Nécessité d'une instance de concertation.

### **THEME 3**

3.1 : Prévoir un représentant de chaque corporation, des temps de secrétariat, un local /réunions/permanences.

Par rapport au financier, à harmoniser en fonction des possibilités de chaque commune.

Publication pour les usagers, les professionnels, les travailleurs sociaux, ...

3.2 : A priori Oui mais attention aux conflits d'intérêts, aux financements clairs entre les pôles.

Faire gérer par des personnes extérieures aux services.

3.3 : Impact sur la santé mentale mais ne pas en faire des assistés.

Impact sur la précarité globale (ex : maison de la santé).

Parcours du patient plus clair.

Régulation des demandes et des orientations.

Clarification des rôles de chacun.

3.4 : Pas d'idée précise.

3.5 : Savoir se vendre.

3.6 : Le plus d'informations possible.

Fédérer des acteurs autour de ce projet.

Cooptation des usagers.

Service de soins = Relais d'informations/ usagers.

Reconnaissance /implication du professionnel = Poste de coordination.

## Annexe 10

### Entretien Professionnel de secteur : Sujet n°2

#### THEME 1

1.1 : Soins intégrés dans la cité ; Partenariat entre services sociaux, sanitaires, mairies, bailleurs sociaux et/ou privés. Partenariat intégré dans la cité au travers de l'ouverture des activités et loisirs de la commune aux personnes souffrant de handicap psychique.

1.2 : Même réponse que la question précédente.

1.3 : Aucune idée.

1.4 : Contraire de l'exclusion ; Pas facile à mettre en place / difficultés à vivre (soit des personnes en souffrance soit des habitants à proximité des usagers).

1.5 : Réunion avec les différents acteurs de la ville pour développer les dispositifs de soins. Travail en lien avec les usagers, les familles et les fédérations ou associations d'usagers.

#### THEME 2

2.1 : Non : en fonction de la population et de la géographie du secteur.

Non : en fonction de l'infrastructure et de la volonté du chef de pôle.

2.2 : Centrale.

2.3 : Devrait être centrale mais ne sont pas acteurs de leurs soins.

2.4 : Flexibilité, patience, travail en lien avec les différents partenaires.

2.5 : Pas le même registre de population / d'autres secteurs de psychiatrie mais également à l'intérieur du secteur g10.

Savoir rester humble ; développer davantage le travail et la dé stigmatisation.

Ne pas vouloir faire du nombre et du remplissage, ne pas tout psychiatriser.

2.6 : Aucune idée, devrait toutefois être un vecteur de développement.

#### THEME 3

3.1 : Quelques bizarreries notamment au niveau de répartition financière entre les structures (trop pour la construction de la clinique et pas assez d'argent pour développer des structures sur l'extra hospitalier (HAD, SIIC, Structure pouvant accueillir usager et sa famille, augmentation du nombre de passage des infirmiers et passage des médecins au domicile des patients).

3.2 : Viendra avec le temps, ne pas brusquer les intérêts de chacun.

3.3 : Centralisation, mutualisation et optimisation des moyens.

3.4 : Pas forcément un frein mais beaucoup de questionnement / fonctionnement de l'hôpital, des moyens mis en place par les politiques.

Connaître davantage les différents rouages politiques et stratégiques afin d'anticiper les décisions.

Savoir construire des passerelles entre tous les intervenants.

3.5 : Idem.

3.6 : Réunions, groupe pro-familles.

Travailler sur l'isolement et les difficultés des familles.

## Annexe 11

### Entretien Professionnel de secteur : Sujet n°3

#### THEME 1

1.1 : Intégrer la santé de l'hôpital vers l'extérieur ;

1.2 : Santé mentale = Santé générale dans les représentations mais aussi dans la prise en compte de la communauté au même titre qu'un problème de médecine générale.

1.3 : Le fait que pour une personne, qu'elle puisse s'approprier sa problématique et la gérer elle même.

Capacités à tenir en compte sa santé

1.4 : Dimension du travail, du logement, de la culture : quotidien social, fait partie d'un système.

Identification aux droits de chacun / à sa santé.

1.5 : En lien avec le Rapport COUTY : Augmenter le partenariat, la collaboration entre les différents partenaires du soin pour travailler davantage sur la problématique de la santé mentale, à partir de chaque individu.

Travail à partir des diagnostics et du rassemblement des forces vives existantes.

En lien avec le projet de réhabilitation du logement.

#### THEME 2

2.1 : Répondre aux besoins/ demandes

Reste à développer les axes de travail / alternatives aux soins.

2.2 : Centrale ; besoin de partir des besoins et demandes repérés.

2.3 : Mérite d'être développer : manque d'échanges.

2.4 : Compétences : Écoute, Identification des demandes et des besoins, Accompagnement/ démarches de soins.

Qualités : Polyvalence, Connaissance du terrain et des dispositifs pour éviter la confusion des tâches.

2.5 : Savoir sortir des structures : excentration des soins.

Dimension sociale à prendre en compte.

Acquisition de nouvelles compétences sur l'extérieur (HAD, SIIC).

2.6 : Dans un premier temps, non : ralentissement / aux attentes de création de cette intercommunalité (redéfinition des missions de chacun).

### **THEME 3**

3.1 : Pas assez de moyens aujourd'hui; travail sur l'élaboration de nouveaux projets avec des groupes de pilotage et de réflexion / faisabilité des projets.

3.2 : Oui (ex : Appartements thérapeutiques, Hôpital de Jour).

3.3 : Interlocuteur privilégié et commun pour une problématique bien définie.  
Éviter l'éparpillement des moyens.

3.4 : Ne peut qu'être bénéfique, si tout est bien organisé.

3.5 : Idem.

3.6 : Validation par le pôle et les instances de l'EPSM.  
Représentation des usagers ;  
Information des familles.

## Annexe 12

### Entretien Professionnel de secteur : Sujet n°4

#### **THEME 1**

1.1 : Moyens nécessaires à mettre en place pour éviter ou travailler sur les troubles psychologiques sur le bassin de vie.

1.2 : Relation avec les autres partenaires pour une prise en charge plurifactorielle.

1.3 : Aucune idée.

1.4 : Remettre quelqu'un dans la société.

1.5 : C'est un ensemble de professionnels, issus de tous les milieux (santé, politique, sanitaire, social, associatif) qui se réunit et travaille pour mettre des actions en place sur les villes par rapport aux problèmes des patients.

#### **THEME 2**

2.1 : A été satisfaisante jusqu'à aujourd'hui mais demande à se développer par rapport aux nouvelles directives avec la mise en place d'actions sur les communes et le bassin de vie.

2.2 : Centrale : Travail à partir des besoins avec la mise en place d'objectifs individuels, clairement établis et, ce dès l'entrée en hospitalisation (notion de parcours de soins).

Volonté du chef de pôle : Hospitalisation = alternative à l'hospitalisation.

Nouveau regard / fonctionnement de chacun, y compris des usagers.

2.3 : Bien définir cette place = partir du besoin des usagers afin de cibler les objectifs.

2.4 : Savoir travailler de manière intensive et efficace en réseau.

Savoir communiquer autour du travail fait et à faire.

Savoir se former et avoir un esprit d'analyse et d'ouverture.

25 : Oui : en se référant aux nombreuses pathologies psycho-socio-démographiques du secteur en tenant compte des prises en charge du CMP.

Bien différencier les pôles de prise en charge du secteur :

Au Nord : Population aisée : petites pathologies (Burn-Out, problèmes de couple, Appel à l'aide / geste suicidaire sans gravité majeure...) ; 40 % des 1ers accueils du CMP et sans nouvelle consultation.

Au Sud : population défavorisée : gros soutiens et prises en charge beaucoup plus lourdes et longues (alcool, drogue, effondrement thymique, tentatives de suicide beaucoup plus fréquentes et plus importantes en terme de dégâts).

Travail autour de la construction d'un CLSM à faire sur le Sud du secteur /population et aussi/ à la très mauvaise desserte autoroutière et au manque cruel de moyens de locomotion.

2.6 : Élément favorisant car le travail entrepris pourrait se faire en lien avec tous les acteurs mais attention aux difficultés liées aux obédiences différentes et aux problématiques différentes d'une commune à une autre (travail de consensus à réaliser autour d'une volonté commune de prise en compte des difficultés inhérentes à chaque entité).

### **THEME 3**

3.1 : Mise en place d'une équipe pluridisciplinaire (soignante, éducative, sociale...)

Par rapport aux locaux : partenariat à trouver pour la mise à disposition d'espace réservé à cet instance de réflexion et de coordination.

Pour le matériel : à voir, tenir compte de la mise en œuvre et surtout du financement.

3.2 : Tout dépend des politiques des secteurs

3.3 : A priori, oui

3.4 : Notion de complémentarité / Prise en charge (Appartements thérapeutiques, Hôpital de Jour Géro-psi-chiatrie...).

Non, en fonction de la vision des chefs de pôle / notion de management et de délégation.

3.5 : Moins isolé pour le patient ; rencontre avec d'autres patients ; les responsabiliser.

Ne pas psychiatriser les lieux dédiés aux rencontres.

3.6 : Les sensibiliser, les rencontrer ainsi que les familles.

Travailler encore davantage en réseaux

Montrer et démontrer les effets positifs de la prise en charge, au travers de témoignages d'usagers.

## Annexe 13

### Entretien Professionnel de secteur : Sujet n°5

#### THEME 1

1.1 : Bien-être global de la personne ; équilibre personnel de chaque citoyen.

1.2 : Vaste débat ?

Quelles notions derrière Santé Mentale ?

Va au delà des problèmes de psychiatrie.

1.3 : Aucune idée.

1.4 : Inclusion sociale = inclure = faire partie de la société (logement, travail, vie quotidienne, vie associative, culture,.....).

Être dans la société en termes de vie sociale.

1.5 : CLSM : Mise en réseaux d'acteurs travaillant sur les notions de soins, au sens large du terme.

Question du bien-être des administrés, de la population soignée.

Occasion d'une création du lien (avec et pour les usagers et les autres professionnels).

Se rencontrer, se connaître et se comprendre.

#### THEME 2

2.1 : Secteur G10 : globalement suffisant ; se renforce /contexte sociodémographique

Notion de territoire à défendre mais également à développer si mise en lien avec les autres secteurs et en particulier avec Le Grand-Sud Lillois, La Pévèle, Le Douaisis, ...

Difficultés / morcellement (28 communes) et difficultés liées aussi à la diversité des moyens / plus grandes agglomérations (en lien avec le tissu sociodémographique, totalement hétéroclite sur le secteur G10).

2.2 : Toute leur place en tant que citoyen / qualités des soins et des améliorations à y apporter.

Concertation minimales des usagers et des familles (point de vue/ voix consultative plus que délibérative...).

2.3 : Centrale mais attention à ce qu'elle ne devienne pas l'arbre qui cache la forêt.

2.4 : Sens des Relations Humaines, Humanisme, Non au chiffre.

Percevoir l'autre dans toute sa dimension humaine.

Pas de Paternalisme, Travail sur la Citoyenneté avant tout.

2.5 : Pas de nombreuses alternatives aux soins mais très forte mobilisation des équipes avec des prises d'initiatives, des réflexions, des productions d'idée, en lien avec le mieux-être des usagers avec, en point de mire, d'autres façons de gérer et de prendre en charge.

Notion de Prévention primaire travail avec Lycées, Ehpad, CHRS, Missions Locales...

Actions de soins au plus près des usagers.

2.6 : Difficultés / fragmentation des communes et aux 3 intercommunalités.

Difficultés / paysage sociodémographique.

La nouvelle Intercommunalité : Opportunité à saisir / regroupement des moyens mais attention aux opinions et intérêts divergents.

### **THEME 3**

3.1 : Opportunité : changement de lieu d'hospitalisation= nouvelle vision des personnes / psychiatrie.

Incitation de création de passerelles par le biais de l'ARS (Maison de santé, A.S.V....).

C'est à nous, professionnels de la psychiatrie à faire bouger les choses.

Travailler avec les élus locaux pour mettre en place des projets de type : Un chez soi d'abord

Possibilité, au travers de ce travail de fin d'études et aux rencontres de mise en œuvre sur la Commune d'Ostricourt, d'un CLSM, en lien avec la volonté des élus locaux et du chef de pôle.

3.2 : A priori : Oui mais attention aux conflits d'intérêts et aux accroches et approches déjà existantes (ne pas froisser les susceptibilités des uns et des autres° ;

3.3 : Impact positif mais toujours cette notion de ne pas déplaire aux uns et aux autres.

3.4 et 3.5 : Préparer le terrain et tenir compte des contacts déjà établis pour favoriser au mieux nos desseins ; Savoir être porteur de nouveaux enjeux, aussi bien politiques que médicaux.

3.6 : Très difficile sur notre secteur car pas d'intervenants UNAFAM ou autres interlocuteurs, pas d'adhérent ou très peu (une seule famille)

Toujours en lien avec le morcellement du secteur et l'éloignement géographique, en lien avec le manque flagrant de transports, de communications.

Manque de maillage / financement des projets

Nouvelle intercommunalité devrait être un vecteur et un élément favorisant.

## Annexe 14

### Entretien Professionnel social de terrain : Sujet n°1

#### **THEME 1**

1.1 : Accompagnement en ambulatoire des pathologies mentales.

1.2 : Prévention (primaire, secondaire et tertiaire) ; Soins.

1.3 : Aucune idée.

1.4 : Contraire d'exclusion mais...

1.5 : Nouveau terme en vigueur.

Regroupement de partenaires (au sens large / patients) travaillant dans les champs de la santé, y compris de la santé mentale, pour faire avancer les différentes prises en charges.

Richesse / Elus locaux qui sont, le plus souvent, en première ligne face aux difficultés psycho-sociales des administrés.

Définition d'une meilleure orientation et d'un meilleur parcours de soin.

#### **THEME 2**

2.1 : Oui et non, en attente de budgets supplémentaires pour faire bouger les choses.

2.2 : Centrale ; les rendre acteurs de leurs projets de soins ; les rendre actifs mais reste à travailler davantage afin de les responsabiliser.

2.3 : Devoir les responsabiliser davantage donc investissement pour eux et pour les personnels dans les parcours de soins.

Évaluer les potentialités car souvent sous-estimation de leurs capacités (notion de maternage de la part des soignants).

2.4 : Pas de grosses différences mais un état, une façon d'être qui se traduit par :

Empathie, prise de recul, remise en question.

Ne pas anticiper les envies et besoins des personnes.

Ne pas projeter ses propres envies.

Respect des personnes.

Être disponible mais savoir se préserver.

Adaptabilité / personne que l'on a en face de soi en tenant compte de son unicité.

2.5 : Oui

2.6 : Attention à l'élargissement du territoire / perte de repères et à l'anonymat mais intérêt de s'ouvrir /existant et en lien avec la création de nouveaux projets.

### **THEME 3**

3.1 : Réseau de transport à augmenter car cela représente la difficulté majeure du secteur ; voir pour y développer des aides à la mobilité (Covoiturage, Moby-aide...).

3.2 : Oui, optimiser les moyens tout en conservant une échelle gérable / secteur géographique.  
Attention aux incompatibilités d'humeur et aux intérêts divergents.

3.3 : Surtout un impact budgétaire, favorisant les mises en œuvre de projets novateurs, pouvant, de ce fait être un support publicitaire à l'adresse de tous.

3.4 : Doit être un avantage en lien avec ce qui a été dit auparavant.

3.5 : Ne doit pas être un frein, se servir du CLSM pour faire tomber les barrières.

3.6 : Prendre conscience de leurs potentiels, de leurs capacités.  
Intérêt des échanges, de la reconnaissance des identités sociales.  
Place dans la société en tant que citoyen.  
Les sensibiliser à être des acteurs.

Intérêt de la mise en place de structures adaptées au territoire et aux capacités de la population accueillie (GEM, Bistrot thérapeutique, CAVA,...).

## Annexe 15

### Entretien Professionnel social de terrain : Sujet n°2

#### **THEME 1**

1.1 : Délocalisation de l'hôpital dans la ville.

1.2 : Création de Maison Communautaire, d'Appartements thérapeutiques, associatifs ou disséminés dans l'habitat classique.

1.3 : Aucune idée.

1.4 : Que la personne soit admise socialement dans la cité.

1.5 : Echange entre professionnels et non professionnels pour informer les non professionnels de l'intégration d'usagers dans la cité.

#### **THEME 2**

2.1 : En Intra : Oui.

En Extra : Améliorations à prévoir car :

RDV trop long à obtenir surtout liés à la situation géographique du secteur et au manque d'infrastructures routières (création de réseaux d'aide à la mobilité ou mise en place de moyens de communication pour se rendre 2 à 3 f/semaine au plus près des domiciles des personnes,...).

Antennes de consultation à multiplier, toujours pour les mêmes raisons.

2.2 : L'urgence est prise en compte.

La prise en charge de patients connus du service semble plus longue à se mettre en place / Prise de Rdv et au manque de moyens de locomotion.

2.3 : Au cas par cas :

Patients connus du service et dont la prise en charge se prolonge : perte d'envie ? Mais amélioration de ce phénomène depuis l'arrivée sur Seclin (augmentation du nombre d'entrées, diminution du temps d'hospitalisation).

Patients en danger : réactivité de la prise en charge.

2.4 : Disponibilité, Humainude, Ecoute, Empathie.

2.5 : 2 populations différentes avec 2 niveaux sociaux très dissemblables.

Pas d'incidence particulière.

2.6 : Elément qui ne peut-être que favorisant mais attention à la stigmatisation toujours possible.

### **THEME 3**

3.1 : Faire découvrir le milieu de vie « ordinaire » des usagers de la psychiatrie en favorisant les rencontres et, pourquoi pas, des journées « portes ouvertes » avec exposition des travaux réalisés et/ou des activités proposées au décours de l'hospitalisation (Vernissage, Stand d'information lors des journées associatives proposées par les communes,...).

Antennes à multiplier ainsi que les permanences.

Intervention dans les lycées, les écoles, les universités.

Création d'une structure de Jour sur l'extra avec des places réservées + des places d'urgence (2) afin de faire tomber la notion d'urgence et de diminuer la pression.

3.2 : Sur le papier : Oui.

En réalité / Non.

Risque de confrontations, de travail différent, de susceptibilité, d'approches différentes.

3.3 : Question centrale des futurs élus.

3.4 : Davantage préoccupé par l'implantation d'un hôpital général que par l'arrivée d'un service de psychiatrie.

3.5 : Courses aux subventions.

3.6 : Réunions d'informations.

Groupes de travail avec usagers, familles et élus de l'intercommunalité.

Travail avec « groupe pro-famille » si existant sur le secteur.

Ne pas cacher le diagnostic, travailler sur le sens du diagnostic (pathologie comme une autre mais dont les « effets » ne sont pas mesurables où visibles comme une autre pathologie.

Travail sur la dé-stigmatisation.

## Annexe 16

### Entretien Usager : Sujet n°1

#### **THEME 1**

1.1 : Intégration de l'usager dans la ville.

1.2 : Acceptation de la part des autres de la pathologie psychiatrique.

Psychiatrie : ne plus être reconnue comme une bête curieuse.

ne plus être inexistant aux yeux des autres.

être reconnue comme une pathologie au même titre que les pathologies classiques.

1.3 : Aucune idée.

1.4 : Rejoint la 1ere question ; pas un groupe social à part ; pas des parias ; contraire de l'exclusion.

1.5 : Association qui regroupe des patients, acteurs de leur maladie.

Plus des patients mais de véritables acteurs dans leur démarche de soins.

#### **THEME 2**

2.1 : Oui mais besoin d'un lieu ressource qui reste à définir (ex : GEM, Bistrot thérapeutique ; Lieu de rencontre et de partage ;.....) ; en tout cas en dehors des structures de soins classiques.

2.2 : Place centrale mais qui reste à définir.

2.3 : Place de patients qui subissent les soins et qui ne sont pas acteurs des soins.

2.4 : Compétences : écoute, empathie, action.

Qualités : écoute, empathie, discrétion, disponibilité.

Difficultés pour les soignants de savoir ce qui se passe dans la vie quotidienne des usagers, surtout en ce qui concerne le diagnostic.

Difficultés pour l'équipe de connaître les retentissements sur la vie familiale.

2.5 : Oui, équipe quand même à l'écoute.

2.6 : Aucune idée, décision politique et non inscrit dans la vie politique.

## **THEME 3**

3.1 : Création d'un lieu ressource afin de pouvoir se retrouver et de retrouver une existence sociale, une identité sociale (notion de rétablissement).

Lieu de rencontre avec d'autres personnes au cœur du problème / difficultés d'être reconnues comme personnes souffrantes d'une pathologie comme une autre, mais ne pas en faire un nouveau ghetto donc ouverture au monde extérieur.

Regroupement de patients afin de les fédérer autour d'un nouvel concept de soin sans obligation de présence soignante (on a des capacités, des compétences, un vécu : notion d'empowerment).

3.2 : Besoin de connaître ce qui s'y passe : rencontre avec des personnes ressources.

3.3 : Vaste question : démarcher les décideurs ; donner des explications/ maladie , réunions.

3.4 ,3.5et 3.6 : Pas de réponses

## Annexe 17

### Entretien Usager : Sujet n°2

#### **THEME 1**

1.1 : Santé mentale = folie, pour beaucoup de personnes extérieures.

Peur des préjugés et de la stigmatisation, en lien avec l'historique de l'epsm d'Armentières.

1.2 : Santé mentale : pas que la folie, en lien surtout avec les événements de vie et le mental.

1.3 : Aucune idée

1.4 : Le remettre dans la vie courante, reprise du goût et aider la personne à aller de l'avant.

1.5 : Local à disposition ; endroit précis où se retrouver ; type d'antenne de soin.

#### **THEME 2**

2.1 : Oui, tout est en place. Non, car les personnes ont peur de franchir la porte.

2.2 : Place de choix car tout est bien organisé, avec une expression facilitée.

2.3 : Place importante mais non centrale.

2.4 : Pas de différences entre compétences et qualités qui doivent être: écoute, dialogue, soins et disponibilité.

2.5 : Oui

2.6 : Attention à la grandeur de l'intercommunalité

#### **THEME 3**

3.1 : Augmenter les moyens humains afin de répondre à toutes les demandes, à toutes les questions / l'hospitalisation et faire que tous les actes prescrits se fassent.

3.2 : Pourrait être un facteur favorisant mais attention à être vigilant car la multiplication des offres de soins risquerait de noyer les usagers au vue des multiples intervenants.

3.3 : Pourrait être un vecteur positif mais attention car risque de dérapage budgétaire.

3.4 : Oui, car moyens financiers supplémentaires mais attention à ne pas flaire flamber les budgets des petites communes.

3.5 :Pas de réponses.

3.6 : Les occuper au travers de structures à mettre en place  
Porter la bonne parole au niveau des décideurs politiques et des bailleurs sociaux.

## Annexe 18

### Entretien Usager : Sujet n°3

#### THEME 1

1.1: Santé mentale =Folie= Absence de santé mentale.

1.2: Image collective=connotation négative=Violence=Faits divers.

1.3: Prise de puissance ; prendre conscience de son propre pouvoir  
Cultiver le bon et pas seulement le mauvais et le négatif.

1.4: Contraire de l'exclusion : Avoir sa place et reconnaissance dans la communauté.  
Avoir de la valeur  
Si inclus: pas de notion de poids pour la société, d'inutilité.  
Notion de rôle, de statut dans la société et de responsabilité.

1.5: Groupe de personnes veillant à l'intégration dans la communauté de gens présentant une pathologie mentale. Donner des informations sur la maladie mentale.

#### THEME 2

2.1 : Oui, offre suffisante par rapport à mes propres problèmes.

2.2 : Prendre conscience de l'intelligence de la personne et de son vécu.  
Savoir accepter le diagnostic.

2.3 : Place active mais reste des efforts à faire, notamment au niveau du suivi des règles.

2.4 : Attention au respect de la personne, à ses particularités et à la perception des soignants par rapport à la personne en face.

Reconnaissance de la souffrance psychologique.

Compétences : Peuvent s'acquérir mais pas suffisantes ; On travaille avec de l'humain donc fragilité de l'un par rapport à l'autre. Hypersensibilité.

Qualités: Empathie, pas de notion de pitié, être attentif et indulgent, avoir conscience de la souffrance.

2.5 : Plus liée au cadre rural du secteur.

2.6 : Aucune idée.

#### THEME 3

3.1 : Intégrer la psychanalyse dans le service.

Multiplier les approches psycho-socio-thérapeutiques.

3.2 et 3.3 : Aucune idée mais les patients devraient avoir le droit de participer aux réunions de synthèse ? Car usagers au même titre qu'une pathologie classique.

3.4 et 3.5 : Pas d'idée car ne m'intéresse pas à la politique.

3.6 : Pourquoi ne pas mettre en place un téléthon de la psychiatrie.

Contacteur des mécènes si ok pour porte-parole et si visibilité des troubles psychiatriques.

## Annexe 19

### Entretien Usager : Sujet n°4

#### THEME 1

1.1:Reconnaissance de la maladie mais pas de notion d'exclusion de la société.

1.2 : Soins ; Aborder des thèmes différents de ce que l'on peut aborder quelquefois.

1.3:Aucune idée.

1.4 : Etre lâcher au milieu des autres ; Activités avec d'autres personnes mais pas forcément d'autres patients ; Partager avec les autres.

1.5 : Aucune idée. Si besoin d'aide : savoir où aller.

#### THEME 2

2.1 : A titre personnel : oui

Pour les autres : Rejet du diagnostic d'où la difficulté d'adhésion aux soins.

2.2 : Importante car toujours quelqu'un à l'écoute ; savoir trouver un équilibre normal.

2.3 : Suffisante car respect de l'intimité et respect des moments de retour sur soi.

2.4 : Ecoute ; savoir fixer des limites et savoir faire respecter les limites de la vie collective  
Disponibilité.

2.5 : Oui par rapport à la forte mobilisation des soignants.

Attention toutefois à la concentration des patients et aux discours des patients qui n'arrivent pas à échapper à leur vie antérieure.

2.6 : Citoyen : bonne chose si elle se fait mais ?

Usager : attention à la grandeur et aux égos de chacun.

#### THEME 3

3.1 : Attention au relationnel avec les autres personnes intervenants dans la prise en charge  
(ex : forces de l'ordre)

Faire connaître la psychiatrie et les moyens de franchir la porte.

3.2 : A priori : oui

Permettre de faire connaître d'autres personnes.

3.3, 3.4 et 3.5 : Attention aux égos.

3.6 : Connaître un peu le fonctionnement par rapport aux autorisations de visite des familles.  
Informations sur ce qui se fait dans le service par l'intermédiaire de journées portes ouvertes.

## Résumé

Menée sur le secteur 59G10, cette recherche vise à croiser les regards de professionnels du soin, du social et d'usagers à propos de la santé mentale et de son insertion dans la cité. Ce secteur, présentant une faible prévalence de troubles mentaux comparée à la population nationale, se caractérise par un fort maillage de structures de soins, mais aussi par un éclatement géographique fort. La présente recherche vise à faire émerger les points favorisant et entravant les soins dans ce secteur. 14 entretiens ont été menés avec professionnels et usagers, qui nous ont permis de mieux connaître les connaissances, les croyances et les attentes vis à vis de la prise en charge en santé mentale. Il ressort que si tous sont impliqués ou prêts à le faire, certains obstacles pratiques restent à combattre. Le développement de structures de coordination telles que les Conseils Locaux de Santé Mentale semble une voie de développement essentielle, dans laquelle professionnels et usagers se projettent conjointement.

**Mots clefs** : Secteur 59G10, santé mentale communautaire, inclusion, usagers