

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille métropole

Mémoire pour le Diplôme inter - universitaire

« SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ »

Année 2013-09-04



LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE DANS LE BASSIN HOULLER

Une prise en charge holistique de l'utilisateur, entre écoute et accompagnement

Corinne WEBER

Tuteur : Laurent DEFROMONT

MONDE

Poids des Pierres, des pensées

Songes et montagnes

N'ont pas la même balance

Nous habitons encore un autre monde

Peut-être l'intervalle

Philippe JACCOTTET

Poésie 1946-1967

NRF/Gallimard

Avec mes remerciements :

⊕ à Mme le Docteur BIRIG, pour m'avoir permis de participer à ces groupes de travail et pour son soutien « littéraire »

⊕ à Valérie ERBS pour sa lecture attentive et critique

⊕ à M le Docteur DEFROMONT, pour ses conseils avisés

*La photo de couverture est une réalisation avec mosaïques des usagers de la Charbonnière,
le CATT pour Adultes de FREYMING MERLEBACH*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
CADRE CONCEPTUEL.....	4
I – Historique du projet	
1 Présentation Générale	
2 Présentation Géo sanitaire	5
3 La Santé : Publique ?	
4 La Santé : Mentale ?.....	6
II – Du Patient à l’Usager : Le Cheminement	
1 Le Secteur et ses déclinaisons.....	7
2 Le Constat.....	8
3 Le soigné à l’interface de son avenir.....	9
III – L’Usager en Devenir	10
1 La Problématique	
2 Le Thème	11
3 Les Objectifs	
4 Les méthodes.....	12
CADRE LEGISLATIF.....	13
LES ENTRETIENS : présentation et analyse	17
L’entourage familial.....	18
Le parcours scolaire	
Le parcours professionnel.....	19
Les migrations ou errances	
Autres commentaires	
Les projets à venir.....	20
LE PROJET.....	22
1 Les acteurs du projet	
2 La réhabilitation.....	23
3 La psychosomatique.....	24
4 Les thérapies psycho comportementales	25
5 La démarche	
6 Le public	
7 Le projet de prise en charge	26
8 Les étapes semestrielles	
9 La localisation	
10 Les intervenants	27
11 Le phasage et l’évaluation	
CONCLUSION.....	30

INTRODUCTION

La réhabilitation psychosociale est définie comme un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Dans un univers hospitalier centré voire concentré sur les certifications successives, cela peut être un processus conduisant à une procédure supplémentaire à appliquer.

Nous avons au sein de notre établissement au Centre Hospitalier Spécialisé de SARREGUEMINES, nombre de ces patients qui font grimper la durée moyenne de séjour vers des plafonds insoutenables aux yeux des tutelles. Ces patients qui sont justement ces individus en mal de retour à l'extérieur, en perte d'autonomie, de repères, de liens sociaux. Le travail de psycho réhabilitation se propose d'augmenter les compétences psychosociales de ces personnes, de rechercher toutes les possibilités de vie hors de l'hôpital afin de leur restituer une existence sociale. Nous avons en groupe cherché à définir lesdites possibilités de vie et construit un projet qui nous l'espérons pourra répondre aux besoins de ces personnes.

Dans un premier temps, nous allons présenter le contexte régional particulier dans lequel nous nous situons, et évoquer un projet de gérontopsychiatrie que notre groupe a précédemment établi. Puis définir un champ pour la santé, et tenter d'explicitier à travers constats et entretiens les difficultés qui conduisent ces personnes à l'hôpital et les y maintiennent. Nous nous appuierons ensuite sur les références législatives afin de situer le projet.

Dans une deuxième partie, nous aborderons la genèse du projet qui se décline en plusieurs axes principaux, et le décrirons sous tous les aspects de sa construction et de sa mise en œuvre. Nous évoquerons les différents participants au projet, notamment à travers les entretiens avec deux d'entre eux, ainsi que les intervenants potentiels. La réhabilitation met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail ou à la vie sociale, le logement, les loisirs, l'éducation et l'adaptation personnelle. Situer le patient au centre et avancer à son rythme et selon ses besoins.

CADRE CONCEPTUEL

I - HISTORIQUE DU PROJET

1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Dans une optique d'application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, un diagnostic de santé de la région Lorraine a été réalisé dans le cadre d'un travail associant la DRASS, l'ARH, l'URCAM et les CRAM.¹ Il s'agissait de faire une étude sur les aspects démographiques et socioéconomiques en Lorraine afin de définir le Plan Régional de Santé Publique pour les années 2006 à 2011² avec deux finalités majeures, à savoir la lutte contre la mortalité et la morbidité prématurée évitable, et l'amélioration de l'état de santé des Lorrains, en rendant le citoyen acteur éclairé de sa santé.

L'indicateur sociodémographique principal retenu a été celui du vieillissement de la population. Les projections démographiques établies par l'INSEE³ faisaient état d'une population de personnes âgées de 75 ans et plus qui augmenterait de 43% entre 1999 et 2010, et ceci principalement en Moselle. Dans nos structures hospitalières, nous avons assisté à l'augmentation des demandes de prises en charge à la fois en intra hospitalier qu'en extra hospitalier en hôpital de jour et en CATTP⁴. Certaines prises en charge achoppant sans solution satisfaisante, certaines orientations paraissant inadaptées, un groupe de professionnels s'est constitué afin de réfléchir et d'élaborer un projet dont l'objectif était d'intervenir en amont de l'orientation de la personne âgée vers une hospitalisation et de développer les moyens de la gestion de l'épisode de crise en faisant intervenir les partenaires locaux

¹ Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale ; Agence Régionale d'Hospitalisation ; Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie ; Caisses Régionales d'Assurance Maladie.

² Rapport complet du diagnostic régional PRSP sur le site <http://diagnostic.orsas.fr/prsp>

³ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

⁴ Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

médicaux et sociaux.⁵ Ce projet est finalement toujours en instance de validation par l'ARS.⁶

De 2010 à 2011, et toujours sur le même sujet, nous nous sommes également réunis en groupe de travail élargit pour discuter des stratégies les plus adaptées concernant la prise en soin des personnes vieillissantes. Le groupe était constitué de gérontologues des hôpitaux de St AVOLD, FORBACH, FREYMING et SARREGUEMINES, ainsi que psychiatres des centres hospitaliers spécialisés de LORQUIN et SARREGUEMINES. Nous en faisons partie avec mon collègue du CHS de LORQUIN. Cependant nous n'avons pu trouver un accord de réalisation d'un projet, essentiellement lié au projet global de restructuration proposé par l'ARS pour le département. Depuis 2012, un autre sujet de réflexion nous a interpellé avec quelques professionnels du sanitaire et du social, que je vais exposer ici.

2 PRÉSENTATION GÉO SANITAIRE

Les structures intra et extra hospitalières dont j'ai la responsabilité organisationnelle en matière d'accueil, de soin et de suivi thérapeutique, ont une localisation géo psychiatrique particulière : le bassin houiller de l'est de la France.

La Lorraine comporte 4 départements. Les Vosges, la Meuse, la Meurthe et Moselle, la Moselle. Situé dans ce dernier département, le bassin houiller est le 3^{ème} bassin de population de la région. Après un essor démographique et économique important au sortir de la 2^{ème} guerre mondiale avec l'exploitation des mines de charbon, la fermeture progressive de celles-ci depuis 1995 a généré une grande précarité, souvent accompagnée de son cortège d'addictions et de ce qui en découle ou qui en est à l'origine : détresse psychique, voire troubles psychiques avérés, violence, désinsertion familiale puis rupture, abandonnisme dans tous les aspects de la vie de ces personnes.

⁵ Projet de Prise en Charge Géroto psychiatrique locale coordonnée, Pôle Hospitalier Gériatrique de CREUTZWALD et CMP de FREYMING MERLEBACH, Dr BIRGIG, Dr WATREMEZ, Dr VIREFLEAU

⁶ Agence Régionale de Santé

Dans ce contexte difficile, certaines personnes sont davantage touchées. Dans l'analyse des entretiens réalisés, certains éléments permettront d'éclairer un peu la compréhension de ses situations. L'enquête épidémiologique précitée de 2005 fait état d'une prévalence de 2,6 % pour le diagnostic de dépression sévère dans le bassin houiller contre 1,5 % pour le reste de la Lorraine, et montre que « le bassin houiller apparaît comme celui des territoires lorrains où les besoins de soins en santé mentale de première ligne sont les plus importants ».⁷

Malgré l'importance du travail frontalier, relevé dans l'étude, et également lisible dans les entretiens, la précarité professionnelle est prégnante. Les cinq usagers interrogés en font état. Le document réalisé par le PRSP se veut un outil de partage des connaissances et de réflexion. Il préconise, je cite : « aujourd'hui et demain, plus qu'hier, les Lorrains doivent être en bonne santé ». Alors la question se pose : comment ?

3 LA SANTÉ : PUBLIQUE ?

Charles-Edward Winslow formule en 1920 dans la revue *Science* la définition suivante : « La santé publique est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé ».⁸ Presque un siècle plus tard, cette citation n'a pas pris une ride.

⁷ Ibid Rapport complet du diagnostic régional PRSP

⁸ Dictionnaire de la pensée médicale sous la direction de Dominique LECOURT, éditions PUF, 2003, page 1014

En 1986, la charte d'OTTAWA insiste sur le fait que « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La santé est un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien être ».⁹

Dans ces deux propositions de définition de la santé publique l'on voit émerger la place de l'individu en tant qu'acteur, réalisateur et animateur de sa santé. Le social est valorisé au même titre que le sanitaire. Ces deux concepts se rejoignent pour faire émerger au sommet de la pyramide la notion de bien être. Mais qu'en est-il de la santé mentale ? D'après l'OMS¹⁰, « la santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. Il s'agit d'un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de la communauté ».

4 LA SANTÉ : MENTALE ?

Dans son rapport, Edouard Couty dit que « elle (la santé mentale) est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale ».¹¹Nous pouvons faire ce constat dans l'analyse de nos prises en charge avec beaucoup de constance.

De même que dans la définition de la santé publique, le social est un élément déterminant dans la définition de la santé mentale. Didier Fassin note que désormais, la santé devient souvent le seul langage légitime du social. D'après lui, seul la

⁹ Conférence Internationale Pour la Promotion de la Santé, OTTAWA, novembre 1986

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé

¹¹ Missions et organisation de la santé mentale en psychiatrie, Edouard COUTY, rapport présenté à Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, janvier 2009

référence à cette notion parvient à déclencher l'action politique : dans les quartiers où prévalent chômage, pauvreté et mauvaises conditions de vie, c'est la traduction sur le plan sanitaire de ces problèmes sociaux qui rend possible l'action réformatrice.¹² Le projet qui sera présenté ici va montrer que c'est au contraire l'éclairage social qui va donner de l'élan au projet sanitaire en constat d'échec et permettre l'ouverture sur le plan municipal voire régional.

II – DU PATIENT À L'USAGER : LE CHEMINEMENT

1 LE SECTEUR ET SES DÉCLINAISONS

Les grands principes de la loi sur le secteur¹³ sont la prise en charge des personnes au plus près de leur lieu d'habitation, et d'un suivi adapté par des personnes référentes. L'idée de la sectorisation psychiatrique c'est « Replacer le fou au cœur de la société, dans son environnement naturel, sa famille, son quartier, ses amis, tout le réseau relationnel qui fait qu'il est un homme, un sujet et non pas un objet », note Patrick Coupechoux.¹⁴ Le secteur dispense et coordonne, pour une aire géographique de proximité, l'ensemble des soins nécessaires à la couverture globale des besoins : prévention, soins, postcure et réadaptation.¹⁵

Dans notre secteur du bassin houiller, nous avons un accueil permanent en intra hospitalier de 40 lits, composé de trois secteurs à savoir : 22 lits ouverts, 6 lits fermés et 12 lits pour personnes âgées dépendantes. Un centre Médico-Psychologique fonctionne les jours ouvrables, permettant des consultations avec des psychiatres, des psychologues, des entretiens infirmiers et l'administration de traitement retard.

¹² Ibid Dictionnaire de la pensée médicale sous la direction de Dominique LECOURT, éditions PUF, 2003, page 1017

¹³ Circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation psychiatrique

¹⁴ Un monde de fous, comment notre société maltraite ses malades mentaux, Patrick COUPECHOUX, éditions du Seuil, janvier 2006.

¹⁵ Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Magali COLDEFY, Philippe LE FUR, Véronique LUCAS-GABRIELLI, Julien MOUSQUES, in Questions d'économie de la Santé, n° 145, août 2009

Deux hôpitaux de jours et deux CATTP, respectivement à chaque fois pour adultes ou personnes âgées, accueillent environ 40 personnes par jour.

Des infirmiers se rendent journallement en soins et interventions à domicile, avec comme objectif majeur de pouvoir repérer les difficultés concrètes auxquelles les personnes peuvent être confrontées dans leur environnement (gestion du traitement, actes de la vie quotidienne, gestion de l'hygiène alimentaire, gestion de l'argent...). Comment la personne évolue dans son environnement et comment ledit environnement interagit sur elle ? L'idée maîtresse étant d'éviter au maximum l'hospitalisation et si cela était, d'écourter au mieux ces séjours, conformément à ce qui se pratique sur le plan national : « le secteur sanitaire de la psychiatrie tend à une désinstitutionnalisation des prises en charges ».¹⁶ Il s'agit par là également d'éviter que l'institution ne devienne le repère central de la personne soignée, son lieu de vie.

2 LE CONSTAT

Nous fonctionnons par réunion de synthèse hebdomadaire, avec équipe pluridisciplinaire, tant en intra qu'en extra hospitalier. Tous les projets de soin sont évalués, repensés, voire redéfinis, selon le cas. Pour certains patients, nous sommes forcés de poser le constat d'un échec de prise en charge. Malgré toute la logistique mise en œuvre afin de fournir une prestation d'hôtellerie complète et des soins médicaux et para médicaux réfléchis, dont la qualité est normée par force procédures et protocoles, les résultats ne sont pas satisfaisants, ni pour le soigné, ni pour les soignants.

La plupart du temps, ces personnes soignées sont des hommes qui présentent des parcours de vie hachés, faits de périodes d'investissement dans une « nouvelle vie », puis de longues plages de désocialisation plus ou moins complète. Les propositions d'aide en vue d'une meilleure insertion professionnelle, d'hébergement voire familiale paraissent finalement limitées à l'usage. Projets pourtant discutés avec les personnes en entretiens pluridisciplinaires, c'est-à-dire avec des représentants du

¹⁶ Galaxie, Christine JOLY

sanitaire et du social. Projets toujours mis en œuvre, parfois à l'aide d'un chemin clinique¹⁷, exposés et débattus en réunion d'équipe, et si souvent arrêtés, parfois même assez rapidement, sans que l'on comprenne vraiment où était la faille ? A terme, afin d'éviter une perte quasi définitive de repères ainsi qu'une errance vagabonde, nous n'avons comme seule réponse qu'un maintien prolongé en hospitalisation dite libre en unité de secteur.

Ces longues prises en charge laissent parfois émerger des tensions qui peuvent conduire à des rejets tant de la part des équipes soignantes que de la part des personnes prises en soins. « La prolongation de la durée de séjour n'a pas forcément de rapport direct avec l'absence de stabilisation de l'état psychique de la personne » peut-on lire dans le guide de la MNASM. Et plus loin : « La prolongation de l'hospitalisation entraîne par elle-même des effets iatrogènes de désinsertion et de régression ... la personne migre dans un système unique, institutionnel, qui est devenu sa nouvelle famille ».¹⁸ Le secteur a-t-il fait ses preuves et est-il dépassé par l'évolution de la société ? Avons-nous cédé à des solutions de facilité en ne développant pas suffisamment les possibilités de maintien à domicile ?

3 LE SOIGNÉ À L'INTERFACE DE SON AVENIR

La sortie hors des murs de l'hôpital est préparée avec la personne concernée, le CMP en est informé et très souvent une rencontre est organisée dans l'unité afin de présenter le soignant qui reprendra le flambeau. Ainsi que cela est relevé dans un EPP de l'HAS, « la sortie du patient est un évènement fréquent et une période critique pour le patient qui doit être préparée dès l'admission, en fonction du projet de soins afin de garantir la continuité de la prise en charge quel que soit le mode de sortie ».¹⁹ L'accompagnement thérapeutique par l'équipe de l'extra hospitalier est systématique, et essentiel. Il vise à stabiliser la pathologie psychiatrique et à

¹⁷ HAS, clinical pathway, critical pathway, integrated care pathway, guide en méthode d'amélioration de la qualité et suivi coordonné, 2004

¹⁸ Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, guide pour une démarche plurielle de conduite de changement, juin 2011, page 17

¹⁹ HAS, évaluation des pratiques professionnelles : rapport de l'expérimentation nationale ; audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé, juin 2006

permettre au patient un regard critique et dynamique sur sa maladie et les facteurs environnementaux.

Nous disposons de plusieurs structures d'accueil, une maison relais, des appartements protégés à une ou deux possibilités d'hébergement, deux familles gouvernantes. Nos contacts avec les structures d'accueil d'hébergement sont cordiaux. Force est de constater qu'actuellement, les professionnels du secteur sanitaire et social ont besoin d'unir leurs compétences afin de pouvoir proposer des projets répondants aux besoins spécifiques d'une population ciblée sur le territoire du bassin houiller.

Alors qu'en est-il de ces ruptures de contrat, de ces constats d'hospitalisation inadéquates, qui provoquent murmures et mécontentements lors des réunions de synthèse ? Nos savons les risques majeurs pour le patient : « perte des capacités à agir sur son propre devenir en santé, logement, travail, droits sociaux, et surtout fragilisation de son réseau primaire de sociabilité »²⁰ Les entretiens réalisés montrent ces parcours hachés. Mais comment y remédier ?

III – L'USAGER EN DEVENIR

1 LA PROBLÉMATIQUE

Après ce difficile constat d'hospitalisations dites inadéquates, longues et complexes tant pour les soignés que pour les soignants, nous avons réfléchi à quelques uns au sein de notre équipe sous l'égide de notre médecin chef de pôle, sur de nouvelles possibilités de soin et d'orientation à partir des questions suivantes :

- certaines personnes sont déjà prises en charge par une structure sanitaire ou sociale, parfois même elles mobilisent deux lieux, ou encore ont déjà connu toutes les structures existantes ;

²⁰ Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement : comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie, in Pluriels n° 98, octobre 2012, page 3

- certaines personnes sont en grande situation de précarité ;
- certaines d'entre elles sont en situation de rupture sociale et/ou sanitaire, voir en échec complet de prise en charge par épuisement de l'aide proposée ou par mise en échec ;
- certaines personnes sont difficilement mobilisables et peu constantes dans leurs engagements lorsqu'il s'agit par exemple de réaliser une formalité ou de se rendre à un rendez-vous ;
- certaines personnes présentent une problématique qui ne peut trouver une ébauche de solution qu'en multi partenariat concret avec des acteurs du champ social et sanitaire ;

Comment alors rendre la personne acteur de sa vie, en suscitant son implication, en éveillant son désir de participer à construire son projet de vie, et en lui permettant d'exprimer et de formuler son souhait ?

2 LE THÈME

Après contact pris avec des partenaires du précédent projet de prise en charge à l'attention des personnes âgées, nous avons décidé la création d'un réseau d'écoute, d'orientation et de prise en charge locale et coordonnée dans les domaines sanitaires et sociaux.

Les éléments de prise en charge devront se baser sur les points suivants :

- Quelle est la demande/la plainte principale de la personne
- Où est-elle ? Quels sont ses objectifs ?
- Où veut-elle aller ? Où peut-elle aller ?
- Quel est le rythme de vie propre de cette personne ?
- Quelle est ou quelles sont ses capacités d'autonomie ?
- Quel est le regard porté sur cette personne ?

- Comment perçoit-elle le monde autour d'elle ?
- Quelle communication entretient-elle avec ses proches ?
- Quels sont ses liens sociaux ?

A partir d'un texte de Philon d'Alexandrie, écrit en l'an 30 avant notre ère, Rosette Poletti propose l'analyse suivante : « prendre soin de l'être, c'était aussi l'accompagner pour qu'il trouve ce qui est essentiel pour lui, pour qu'il découvre sa dimension spirituelle au sens large » et plus loin : « c'est prendre en compte ce qu'il est, ce qu'il cherche, ce qu'il attend, ce qui le fait vivre ». ²¹

3 LES OBJECTIFS

- Développer un réseau d'aide et de soutien à la personne en difficulté, en facilitant l'accès aux ressources et aux soins ;
- Unir les compétences de différents acteurs et construire des interfaces entre des professionnels des champs sanitaires et sociaux, locaux et régionaux ;
- Destigmatiser le suivi psychologique ou psychiatrique ;
- Repérer la demande la plus importante de la personne ;
- Favoriser l'émergence de potentialités et faire proposer les solutions propres ;
- Aider la personne à mieux appréhender ses difficultés afin d'éviter le processus de reproduction d'échec ou d'évolution pathologique ;
- Assurer la continuité et la cohérence des prises en charge par une évaluation régulière et programmée ;

Je cite la MNASM : « ...les situations les plus instables, complexes, ... à haut risque de rupture ou d'effet négatifs quant à l'observance, la compliance, la stabilité et la qualité de vie de la personne. Les pratiques de réseau et de coordination entre des partenaires autonomes et rattachés à plusieurs institutions trouvent ici toutes leurs limites. Il s'agit alors de constituer une équipe pluridisciplinaire unique, réactive et

²¹ Prendre soin de l'être, une perspective pour les soins infirmiers du XXI^e siècle, Rosette POLETTI, in SOINS n° 634, avril 1999, page 22

compétente pour assurer le continuum et l'intensité des soins et services requis par la situation ». ²²C'est cela que nous proposerons dans la dernière partie de cet écrit.

4 LES MÉTHODES

Il s'agira de définir et de développer une stratégie de communication pour contacter les personnes qui seront suivies dans ce cadre. Nous verrons plus loin la manière dont nous souhaitons procéder. Dans un 2^{ème} temps, il faudra définir un premier groupe d'acteurs et de personnes ressources qui pourraient intervenir en collaboration dans ces prises en charge. Concernant le parcours de soin, il s'agira d'identifier la demande, et d'établir un tableau de compétences, afin d'aller à la rencontre de la personne, au plus près de son lieu de vie. Et enfin, ensemble et avec la personne, cibler les besoins et les objectifs, afin de définir un projet thérapeutique participatif.

Le maître mot étant la participation active de la personne, il s'agira de renforcer ses capacités en ce sens. Les objectifs visés sont la réduction des symptômes, la connaissance de ses difficultés et de ses compétences, l'amélioration des compétences sociales, l'entraînement aux habiletés sociales comme l'affirmation de soi, l'entraînement à la conversation, la résolution de problèmes interpersonnels, et selon le cas la psychoéducation pour l'information sur la maladie par exemple.

Tout ce travail devra se faire dans une véritable collaboration et coopération, car comme le dit la directrice de l'hébergement social dans l'entretien : « Il n'est pas question là de, d'avoir des indications médicales pures, mais bien de construire un parcours de réinsertion ou d'insertion sociale avec un public qui est abîmé déjà, et donc d'éviter de se tromper encore une fois, de diriger vers l'emploi quelque'un qui n'est pas encore prêt à aller euh, vers l'emploi et qui a besoin d'abord de, de reconstruire ». ²³

²² Ibid MNASM, guide pour une démarche plurielle de conduite du changement, page 44

²³ Annexe 6

Nous verrons que pour cela nous souhaitons mobiliser toutes les possibilités, entre autres les compétences de nos voisins Allemands, qui travaillent davantage sur la remédiation cognitive et prennent en compte de manière systématique les aspects psychosomatiques.

CADRE LEGISLATIF

➤ **Circulaire du 14 Mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale :**²⁴

« La santé mentale est en matière de santé publique une préoccupation majeure ...le secteur psychiatrique doit développer les liens avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population. »

Titre 1^{er} : Politique générale et buts de la politique de santé mentale :

2) « Il est impératif aujourd'hui d'envisager les problèmes de santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant d'avantage aux

²⁴ Journal Officiel du 3 avril 1990, page 67

aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille, le groupe social ou la communauté ».

3) « Cette ouverture du champ d'action, de la lutte contre les maladies mentales à la notion de santé mentale, implique d'associer aux spécialistes et professionnels de santé d'autres acteurs, d'envisager des formes de partenariat avec les collectivités territoriales et les associations et de développer information et concertation ».

C'est dans ce cadre législatif que nous avons inscrit notre projet.

➤ **La loi HPST du 21 juillet 2009 (Hôpital, Patients, Santé, Territoire)**

34) Les missions de service public²⁵ :

* La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination.

47) Le rôle des agences régionales en matière de coopération :

* Avec la mise en place des ARS²⁶, la coopération entre acteurs du champ de la santé a vocation à surmonter les cloisonnements traditionnels entre secteur hospitalier, médico-social et médecin de ville.

➤ **Agence Régionale de Santé Lorraine :**

Préconise un nouveau modèle de santé : le PRS fait référence à un modèle de santé, porteur de transversalité et d'intersectorialité. « L'enjeu est de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs jusqu'ici séparés :

Promotion de la santé

Prévention médicalisée

²⁵ Les relations avec l'agence régionale de santé et l'organisation de l'offre de soins, page 107

²⁶ La coopération entre établissements de santé, page 152

Soins ambulatoires

Soins hospitaliers

Prise en charge médico-sociale

Au niveau du contexte général de la région, l'ARS relève une activité économique contrastée, où 30 % des actifs sont ouvriers [5 points de plus qu'au niveau national], avec en 2009 un recul de l'emploi salarié de 2,8 % soit 14000 postes dont la moitié dans l'industrie, et une attractivité transfrontalière importante [100 000 personnes]²⁷

A noter également une surmortalité pour le bassin houiller pour le nombre annuel moyen de décès en excès, et qui est de 316 contre 36 dans d'autres régions lorraines.

Dans l'éventail des propositions de priorités, les suivantes sont à retenir :

- Maintenir et développer l'autonomie des personnes ;
- Développer la coordination des acteurs de santé autour de la personne tout au long de son parcours de vie en respectant ses choix ;
- Développer des réponses spécifiques aux situations de handicap et de dépendance des personnes ;
- Développer des accompagnements particuliers à l'égard des publics en difficulté ;
- Permettre à l'utilisateur d'être un véritable acteur éclairé dans son traitement, son parcours de vie.

A noter que l'ARS a mis en place une offre transfrontalière ambulatoire par la création d'une zoast (zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers) permettant aux assurés de cette zone d'aller consulter ou de se faire soigner dans les différentes communes sans autorisation préalable.²⁸

²⁷ ARS Lorraine, Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, 11 janvier 2011, page 6

²⁸ ARS Lorraine, CRSA, 11 janvier 2011, page 15

➤ **Dans son rapport sur la prise en charge psychiatrique en France**, M Alain Milon²⁹ décline les éléments suivants :

- Le malade et son entourage acteurs dans les soins, en leur laissant une place ;
- Nécessité de coopération des professionnels pour améliorer le niveau de santé mentale ;
- Mise en place de structures de coopération.

Par ailleurs, ce même rapport indique que 25 % des lits en psychiatrie sont occupés par des patients dont le séjour est supérieur à un an.³⁰

Dans l'un des comptes-rendus de table ronde, M Milon précise qu'« un effort particulier doit être conduit en faveur des patients les plus fragiles, les personnes en situation de grande précarité ».³¹

➤ **Le Schéma Régional d'Organisation des Soins 2012** relève qu'en Lorraine « les inégalités devant la santé et les difficultés d'accès aux soins ont été mis en évidence dans les anciennes zones minières ». ³²

Objectif Général 4 : Promouvoir des actions de prévention adaptées aux besoins des personnes.

4.3 Promouvoir des actions de prévention sur le champ des personnes en difficultés sociales.

Objectif Général 5 : Améliorer de façon équitable la distribution de l'offre.

5.3 Développer les modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficulté.³³

Le SROS³⁴ apprécie les besoins d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, socio-économiques et

²⁹ Mission de l'Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 28 mai 2009, page 15

³⁰ Ibid, Rapport Milon, page 45

³¹ Ibid, Rapport Milon, page 53

³² SROS 2012, page 4

³³ SROS 2012, page 6

³⁴ Articles L 1434-1 et suivants du Code de la Santé Publique

des choix de vie exprimés par les personnes en perte d'autonomie ou vulnérables. Il détermine l'évolution de l'offre souhaitable pour répondre à ces besoins et précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociales et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

Toutes ces données confirment la réalité d'un problème de fond pour une certaine catégorie de personnes et l'urgence d'une recherche de solutions appropriées. Notre démarche de projet s'inscrit dans ce contexte.

LES ENTRETIENS : PRÉSENTATION ET ANALYSE

J'ai choisi de réaliser 5 entretiens semi dirigés avec des personnes qui ont connu des multiples et longues hospitalisations en pavillon de secteur, sans évaluation psychiatrique en faveur d'une psychose, âgées respectivement de 28, 36, 39, 52 et 64 ans. Deux d'entre elles résident actuellement en Maison relais, mais une seule y retournera, l'autre ayant passé les 3 derniers mois à s'alcooliser massivement et à refuser toute participation à la vie de la Maison relais. Une personne réside en famille gouvernante, mais est depuis trois mois à l'hôpital car son dossier social n'a pas solutionné le problème du paiement du loyer dans cette structure. Une personne vient de quitter le logement qu'il partageait avec son amie dont il se sépare et dans l'attente d'un appartement individuel, est hospitalisé depuis deux mois. Enfin une cinquième personne sans domicile connu qui nous a été adressé après un temps d'errance au Luxembourg.

Toutes ces personnes ont facilement accepté de me rencontrer et de passer un entretien avec moi. Toutes m'avaient déjà vu « circuler » dans le pavillon lorsqu'à l'occasion j'ai été amenée à régler un problème ou lorsque j'ai remplacé la cadre de l'unité pendant ses congés. J'avais au préalable demandé l'autorisation au médecin chef de pôle d'interroger ces personnes, et je les ai rencontrées dans un premier temps afin de me présenter, et de leur expliquer le sujet de mon travail ainsi que pour leur demander leur accord. Ce qu'ils ont tous accepté sans hésiter.

Les entretiens se sont déroulés dans une pièce neutre en dehors de leur unité, je les ai enregistrés, et je dois préciser que j'ai été surprise par la facilité avec ils ont tous raconté leur vie, très spontanément, sans hésitation. Cela se remarque dans la transcription de leurs entretiens, avec très peu de reformulation, et quasiment pas de « euh » pour mieux continuer ou expliquer.

L'une des personnes a quitté l'hôpital quelques jours après, comme il l'annonce d'ailleurs, pour un autre établissement de santé en soins généraux. Une autre personne a eu pendant une permission un accident de la voie publique, il était en scooter et sur une tranche de travaux de rénovation de la chaussée, la grue ne l'a pas vu et l'a projeté à distance, il est toujours hospitalisé mais en soins généraux. Il nous sera ré adressé ensuite pour trouver une solution d'hébergement et un projet.

Les trois autres personnes sont toujours présentes : pour l'une le projet s'oriente en raison de son âge vers une structure pour personnes âgées, pour une autre il y a hésitation entre un appartement protégé ou un retour en famille gouvernante, et pour la dernière personne le problème d'hébergement est en interrogation.

J'ai choisi de présenter l'analyse des entretiens sous différents angles : l'entourage familial depuis l'enfance à ce jour, le parcours scolaire, le parcours professionnel, les migrations ou errances, le projet à venir.

L'ENTOURAGE FAMILIAL :

- Toutes les personnes interviewées ont une fratrie assez importante, de deux à cinq frères et sœurs. Ils n'ont en général gardé que peu de relations avec eux, voir plus du tout, parfois c'est une sœur qui est la personne de confiance.
- Quatre d'entre eux ont un ou plusieurs enfants, mais tous sont actuellement séparés ou divorcés. Pour l'un d'entre eux, la situation paraît floue, il dit son amie enceinte avec un accouchement prévu en mars ou avril 2014. Mais durant le reste de l'entretien il ne l'a plus évoquée, et je n'en ai pas retrouvé trace dans le dossier médical, car il n'en a jamais fait mention en entretien soignant. Aucun d'entre eux n'a de relations avec ses enfants, pour des raisons diverses : soit l'enfant a été retiré à la naissance (annexe 2), soit c'est l'ex-femme qui en a la garde (annexe 1, 3 et 5). Ce qui transparait, c'est que tous en ont le souvenir très présent à l'esprit, qu'ils prennent plaisir à l'évoquer, et surtout qu'ils ont tous gardé la trace de ces enfants qu'ils ne sont plus censés voir. Dans l'annexe 1, le fils décédé est si présent qu'il compte ses anniversaires, et qu'à un moment on a l'impression que l'enfant est toujours en vie. Dans l'annexe 2, il m'a rapporté le lendemain qu'il avait oublié de me préciser sa demande de recherche de l'enfant depuis deux ans à l'aide de l'assistante sociale. Dans l'annexe 3, malgré l'interdiction judiciaire de voir ses enfants, il se renseigne sur leur devenir, en guettant par exemple dans le journal la réussite au bac de son plus jeune fils.
- Concernant les parents, ils ont tous perdu leur père, pour l'un très jeune, il a grandi avec un beau père. Seuls trois d'entre eux ont encore leur mère, et un seul a des relations régulières avec elle.

LE PARCOURS SCOLAIRE :

- Trois d'entre eux ont quitté l'école au niveau du certificat d'étude. Une personne a arrêté en 6^{ème}. L'un a été scolarisé en classe d'insertion professionnelle, sans réussite au CAP. Un autre a débuté une formation de pâtissier, sans suite pour des raisons judiciaires. Le troisième, après une 4^{ème} technologique, a lui aussi arrêté pour des raisons judiciaires. Le quatrième, qui est aussi le plus âgé des interviewés, a débuté dans la vie professionnelle en quittant l'école. Un seul d'entre eux a débuté une scolarité en seconde, pour

finalement effectuer un apprentissage professionnel, mais dans un niveau d'études supérieur à l'ensemble du groupe des interviewés.

LE PARCOURS PROFESSIONNEL :

○ En annexe 1 et 4, la personne n'a jamais travaillé en dehors pour la première de travaux d'intérêt généraux où il a été peintre en bâtiment. Pour une personne (annexe 2), le parcours professionnel est vague : « travail en atelier de métallurgie et de peinture ... mais c'était pas reconnu par l'état ». Les deux personnes suivantes ont un parcours professionnel haché, fait d'alternances de période d'insertion professionnelle plus ou moins longue, à noter que tous les deux ont effectué leur service militaire, et que l'un a été engagé dans la légion étrangère. Ces deux personnes ont également eu des emplois comme travailleurs transfrontaliers.

LES MIGRATIONS OU ERRANCES :

○ En annexe 1, la personne n'a actuellement plus de domicile connu. Il a logé en appartement seul ou avec son ex-femme, puis en studio, avant de partir au Luxembourg « pour trouver du travail ». Il parle facilement de sa consommation d'alcool et de produits stupéfiants. La personne interviewée en annexe 2 se reconnaît également toxicomane, il a été en foyer pour jeune délinquant « à sa demande » et il a alors erré entre les grands-parents maternels et paternels. Il a logé en hôtel social, en refuge (structure de l'UDAF pour l'hébergement des personnes sans domicile), en foyer, en caravane, et actuellement en Maison relais. Il a parfois quitté la région pour la Franche Comté et l'Alsace. En annexe 4, la personne a été incarcérée, elle a quitté la région pour un foyer de délinquant à Grenoble, mais en somme elle est restée dans la région, avec une errance de domicile de par les hébergements chez différentes femmes et beaucoup de temps passé en hôpital, notamment en unité pour malades difficiles. On peut dire pour elle aussi qu'elle n'a actuellement pas de domicile fixe. Elle aussi reconnaît une consommation de produits

stupéfiants, d'alcool et de médicaments. Les deux personnes qui ont eu une insertion professionnelle ont également eu un parcours marital, avec logement et insertion sociale. L'un parle volontiers de son jardin, des fleurs sur le balcon, et l'autre a fait du bénévolat comme arbitre de football. Ces deux personnes évoquent peu leur consommation d'alcool : « je buvais parfois un peu » ou « un alcool fort peut être le samedi ».

AUTRES COMMENTAIRES :

- Un seul d'entre eux évoque une certaine pauvreté : « il me restait que les os et une patate ».
- Deux personnes précisent qu'elles sont porteuses de l'hépatite C.

LES PROJETS À VENIR :

- Le logement est la priorité pour chacun quitte pour l'un à retourner en famille gouvernante.
- Quatre personnes souhaitent travailler.
- Repartir à zéro pour l'un ; deux personnes évoquent l'une le désir de refaire du parachutisme, l'autre de terminer ses tatouages.

L'on voit dans ces récits de multiples ruptures, qu'elles soient familiales, sociales ou professionnelles pour ceux qui ont pu avoir une insertion à ce niveau. Tous ont grandi dans le bassin minier, qui est la trame de fond de leur histoire, et l'on pourrait citer B. Saraceno « la ville produit des souffrances et des maladies collectives qui frappent des groupes vulnérables ... c'est un paradoxe de la ville qui produit une vulnérabilité collective mais nie la vulnérabilité de la collectivité »³⁵. Nous avons ici une région qui s'est effondrée sur le plan économique, avec les conséquences que l'on connaît, sans que celle-ci aient été prévenues. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements quant à la reconnaissance de ces conséquences.

³⁵ Mégalopoles, Identités, Citoyenneté, Benedetto SARACENO, Rhizome n°43, janvier 2012, page 14

Peut-être les personnes interrogées présentent-elles une certaine vulnérabilité qui pourrait expliquer leurs difficultés et leur appétence aux produits de substitution et/ou à l'alcool. Peut-être leurs difficultés sont liées à leur région d'origine. Ce n'est pas le propos de mon travail. Mais je citerai B. Cyrulnik « un enfant sensible, équilibré par un milieu stable, peut même utiliser sa vulnérabilité pour en faire une force »³⁶. Je pense que ces personnes sont capables de transformer leur fragilité, pour certaines elles l'ont prouvé soit en arrêtant par elles-mêmes l'alcool ou la drogue, soit en étant résident pendant plusieurs mois dans leurs logements. Elles ont toutes rapidement une bonne adaptation à l'hôpital.

Après une enquête sur l'accès à la santé des populations précaires, faite dans le cadre des travaux d'élaboration du prochain PRAPS³⁷ (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) auprès de trois cent organismes et institutions de la région, l'ARS a établi relevé dans le cadre de l'accès aux soins les réponses suivantes :

- *Quels publics ne se font pas soigner ?*

Les personnes en rupture de lien social ;

Les personnes précaires économiquement ;

Les personnes en grande fragilité psychologique ;

Les personnes souffrant de certaines pathologies dont les problèmes d'addiction ;

Les personnes en défaut d'insertion professionnelle et de formation

Les personnes que j'ai interviewées correspondent au public de l'enquête ci-dessus, à chaque catégorie. Elles ont à mon sens ce besoin de contrôle sur leur propre santé, tel qu'il est mentionné dans la Charte d'OTTAWA. Nous allons maintenant dans la présentation du projet essayer de voir comment ces personnes pourraient aidées et accompagnées différemment, en reprenant elles-mêmes la main sur leur parcours de vie.

³⁶ De chair et d'âme, Boris CYRULNIK, éditions Odile Jacob poches, 2006, mars 2008, page 37

³⁷ ARS Lorraine, Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires, Avril 2011, page 39

LE PROJET

1 LES ACTEURS DU PROJET³⁸

M AROMATORIO, infirmier, formateur en promotion de la santé, responsable d'un SSIAD.

Dr BIRIG, psychiatre, CHS³⁹ de SARREGUEMINES

Dr BOUMERFEG, psychiatre, CHS de LORQUIN

Dr VIREFLEAU, psychiatre – pédopsychiatre, PHG⁴⁰ de CREUTZWALD

Dr GOLOUBZOFF, médecin rééducateur, CRF⁴¹ FORBACH

Dr RIEDEL, psychologue, clinique psychosomatique, BERUS, Allemagne

Dr WATREMEZ, gériatre algologue, PHG de CREUTZALD

³⁸ Projet réhabilitation médicopsychosociale du bassin houiller, annexe 9

³⁹ Centre Hospitalier Spécialisé

⁴⁰ Pôle Hospitalier Gériatrique

⁴¹ Centre de Réadaptation Fonctionnelle

Mme VEDDA, cadre socio-éducatif, CHE⁴² de FORBACH

Moi-même, cadre supérieur de santé, CHS de SARREGUEMINES

Les Dr BIRIG, BOUMERFEG et VIREFLEAU ont participé au projet de collaboration de collaboration pour une prise en charge gérontopsychiatrique locale coordonnée avec les hôpitaux généraux de FORBACH, SARREGUEMINES et SAINT AVOLD.

Dr BIRIG et Mme VEDDA ont participé à la création de la Maison relais de HOMBURG HAUT, dont Mme VEDDA est responsable, et dans laquelle les infirmiers du CMP de FREYMING MERLEBACH effectuent des SIAD, cette structure se situant sur le secteur géographique qui relève du 2^{ème} Secteur, dont Mme BIRIG est le médecin chef de pôle.

Il s'agit donc d'une équipe dont les membres se connaissent déjà, ont déjà collaboré ensemble depuis environ ces cinq dernières années, pour d'autres projets et avec d'autres personnes.

2 LA RÉHABILITATION

Réhabiliter, c'est l'action de rétablir quelqu'un dans ses droits ou ses fonctions. C'est aider à la réinsertion sociale. C'est mettre un terme aux critiques ou au mépris dont quelqu'un faisait l'objet en prouvant qu'il mérite la confiance ou l'estime d'autrui.⁴³ Cette dernière définition peut très bien s'adapter aux situations des personnes interviewées.

La réhabilitation est l'action de développement et d'optimisation des capacités persistantes d'un sujet malade et d'atténuation des difficultés rencontrées. Elle s'inscrit dans le soin mais ne s'y résume pas.⁴⁴ G. Vidon précise que la réhabilitation

⁴² Centre d'Hébergement

⁴³ Dictionnaire Larousse

⁴⁴ Réhabilitation, Responsabilisation, Réhabilitation, Yves PELICIER, Actualité psychiatrique n°3, 1989

psychosociale sous -entend le « maintien des malades psychiatriques dans la communauté et vise à construire pour eux des systèmes de soutien en dehors des hôpitaux ». ⁴⁵ Plusieurs finalités sont à envisager :

- Prise en charge globale en valorisant les compétences
- Penser en fonctionnalités en non en symptômes
- Améliorer et/ou restaurer l'insertion sociale
- Réduire les discriminations et la stigmatisation
- Restaurer ou améliorer l'estime de soi
- Tendre vers l'autonomie
- Travailler sur les points de rupture avec les acteurs sanitaires et sociaux.

L'approche transversale aux secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux est indispensable. Il s'agit en fait de considérer les capacités préservées alors qu'on avait jusque-là tendance à cibler plutôt les déficits. La réhabilitation met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail ou à la vie sociale, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle.

3 LA PSYCHOSOMATIQUE

La médecine psychosomatique accorde une grande importance à l'interaction des facteurs organiques et psychiques. Certaines conditions de vie jouent un rôle déterminant dans tous les processus de maladie. Celle-ci peut être physique et/ou mentale, et inclure stress, douleur et somatisation. L'intrication psyché soma est la règle dans les pathologies chroniques. La collaboration avec la clinique psychosomatique allemande est prépondérante dans ce cadre-ci, puisque leur pratique journalière intègre complètement cette approche.

4 LES THÉRAPIES PSYCHO COMPORTEMENTALES

⁴⁵ La Réhabilitation psychosociale en psychiatrie, Gilles VIDON, éditions Frison Roche, 1995, page 42

Elles partent du principe que le comportement au sens large influe sur notre état de santé. Il s'agit dans ce projet, en collaboration avec les intervenants allemands, de travailler sur le symptôme, ainsi que sur le vécu des troubles.

« ...un problème qu'ils ont eux repéré être de l'alcoologie ou de l'addiction, on les renvoie vers le soin, ... disant que la problématique est une problématique de psy, et lorsqu'il essaient de trouver une solution de retour à l'emploi, ou à la formation, ils sont confrontés à des difficultés décrites comme médicales...ils ont l'impression de ne jamais avoir de réponse claire en terme d'orientation qui serait la meilleure pour les usagers qu'ils accompagnent » dit Mme VEDDA en parlant des éducateurs spécialisés.

- Apprentissage afin de modifier les perceptions génératrices de troubles dans la vie de la personne
- Acquisition de nouvelles aptitudes dans un contexte relationnel

La réhabilitation psychosociale repose d'après Cnaan, sur deux postulats :

- 1) Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.
- 2) De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de la adapter pour répondre à leurs besoins de base.⁴⁶

M-N Besançon dit : « Les participants (à la Maison des Sources) sont ou ont été malades. Mais ils ne sont pas d'abord cela...Ce n'est pas parce qu'ils ont des maladies qu'ils sont leur maladie....C'est lorsque nous cessons de les regarder comme des malades qu'ils commencent à retrouver une identité, à pouvoir dire je et moi ».⁴⁷ Dans le récit de son travail de réhabilitation elle montre à quel point des personnes même très chronicisées à l'hôpital peuvent retrouver des capacités d'autonomie.

Dans l'annexe 7, le psychiatre évoque le travail avec les psychosomaticiens allemands : « ils travaillent sur la participation du patient au mode de prise en charge qu'ils ont développé... plus sur l'abord psychothérapeutique des troubles ».

⁴⁶ Réhab : Les Grands Principes de la Réhabilitation Psychosociale, Guy M. DELEU, Charleroi, www.club-association.ch/rehab/article

⁴⁷ On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux, Marie Noëlle BESANCON, éditions de l'Atelier, Les éditions ouvrières, Paris 2007, page 118, 119

5 LA DÉMARCHE

* *Repérer la demande ou les demandes de la personne*

Le travailleur social, l'infirmier du CMP, le médecin généraliste soumettent un dossier à la cellule de coordination. « Selon l'OMS, deux tiers des personnes que l'on sait souffrir d'une pathologie mentale ne vont jamais se faire soigner...ses représentations sociales sont universellement négatives ; elles constituent un obstacle à l'accès aux soins, perturbent gravement la vie des personnes ... »⁴⁸ Nous projetons l'élaboration d'une plaquette d'information à l'intention des médecins généralistes et spécialisés, des hôpitaux, des CMP, des structures sociales, des mairies, du conseil régional, et via les médias locaux, journaux et télévision.

* *Répertorier les besoins identifiés par le professionnel*

La cellule de coordination (psychiatre et somaticien référents) va à la rencontre de la personne près de son milieu de vie. Ensemble et avec la personne, ils vont cibler des besoins et des objectifs et définir un projet thérapeutique participatif. Je cite : « ces personnes présentent des douleurs chroniques, des incapacités de travailler, donc nécessitent une prise en charge médicale, et puis une prise en charge sociale, voire une prise en charge psychiatrique » (annexe 7)

La cellule de prise en charge participative sera composée de référent douleur, rééducation fonctionnelle, psychiatrie, et de référent en compétences psychosociales et collaborera avec les travailleurs sociaux, et tous les intervenants nécessaires à l'exécution du projet, par exemple les bailleurs sociaux, les médecins généralistes, les assistants sociaux, les tutelles. Chacun apportant sa part de savoirs, de compétences. En annexe 6, à la question : « quel serait votre rôle ? », l'éducatrice spécialisée répond : « nous pourrions être des spécialistes ès qualité de la précarité, et aider le collectif à trouver des aides, des ressources, ... d'avoir une bonne connaissance du social qui permettrait de fluidifier le parcours socio-éducatif ».

6 LE PUBLIC

Pas des *malades*, mais :

⁴⁸ La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale, sous la direction de Jean Yves GIORDANA, éditions Masson, 2010, in Réhabilitation, déstigmatisation, rétablissement, page 204

* Des personnes en difficultés pour diverses raisons (psychiatriques, somatiques ou sociales) pour lesquelles les prises en charge sociales existantes sont insuffisantes.

* Des personnes de notre secteur en précarité ayant des difficultés d'accès aux structures de soins ou qui sont en rupture.

* Des personnes ayant des difficultés suffisantes pour altérer leur autonomie mais ne justifiant pas de prises en charges psychiatriques lourdes.

* Des personnes nécessitant une expertise médicale et/ou psychologique

7 LE PROJET DE PRISE EN CHARGE

Deux possibilités :

- Soit la demande sociale est prépondérante, elle sera traitée par les travailleurs sociaux ;
- Soit la demande est somatique, elle sera traitée par les algologues et rééducateurs et somaticiens ;
- Soit la demande est psychiatrique, elle sera traitée par les équipes du secteur ;
- Soit la demande est psychosociale, elle sera traitée avec les professionnels de l'équipe allemande.

Quoi qu'il en soit, la première demande de la personne sera toujours traitée en priorité, afin d'avancer avec elle et à son rythme vers une prise en charge complète de ses difficultés. Afin de mieux définir cette demande, nous envisageons de nous baser sur l'échelle d'évaluation ELADEB, qui permet de mesurer de façon quantitative les difficultés et les besoins des personnes dans dix huit domaines de vie. ⁴⁹
« L'évaluation représente la première phase d'une prise en charge psychosociale, en particulier lorsqu'il s'agit d'aménager un plan de réhabilitation après une période de crise ou de maladie aux débouchés incertains voire négatifs ». Dans l'annexe 7, le Dr VIREFLEAU précise : « Ici au niveau population dans le bassin local de santé publique, il y a tout une population en déshérence...ça crée des problèmes d'exclusion, avec du jeu pathologique, de l'alcool, des grossesses précoces ».

⁴⁹ ELADEB, échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide. Université de LAUSANNE

L'objectif du projet est de tenir compte de chaque particularité et d'y apporter une réponse satisfaisante.

Les personnes interrogées expriment pour certaines des envies par exemple de retrouver un travail. Nous pensons que pourtant elles ne sont pas capables pour l'instant d'exercer un travail de manière adaptée. Nous nous proposons de faire avec elles le point sur son désir, dont souvent elle est persuadée que c'est le chemin pour sortir de l'hôpital et être intégrée socialement. L'échelle ELADEB nous servira à définir clairement les projets de la personne et de faire une évaluation objective de ses besoins. Nous verrons alors en réunion de synthèse quel est l'abord par lequel nous allons accompagner cette personne dans sa démarche vers l'autonomie, même s'il s'agit de la recherche d'un emploi. En parallèle, en fonction des autres souhaits de la personne et des éléments cliniques éventuels qu'elle présente, elle sera orientée et accompagnée et/ou prise en charge toujours dans cette perspective d'individualisation et d'autonomisation. Le respect du souhait premier de la personne est essentiel afin d'arriver à obtenir son entière collaboration et par la même de lui permettre d'avoir à nouveau des projets personnels. C'est ce qui la positionnera comme acteur de sa propre vie et acteur – citoyen dans la société.

8 LES ETAPES SEMESTRIELLES

Des réévaluations périodiques du projet seront proposées par la cellule de coordination, en principe une synthèse mensuelle. Les objectifs seront redéfinis en communs, en équipe et avec la personne. L'information sera faite au travailleur social par compte rendu dans le respect du secret médical ainsi qu'au médecin traitant. Une éventuelle adaptation du projet thérapeutique peut se faire. Il n'y a pas de durée limite de prise en charge.

« Il faut qu'on ait des habitudes de travail communes pour pouvoir avancer ensemble. », Dr VIREFLEAU, annexe 7.

9 LA LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE

Le projet prévoit deux volets en France, l'un ambulatoire, l'autre hospitalier, et un volet en Allemagne.

- Ambulatoire : se déplacer au plus proche des personnes concernées : domicile, dans les locaux de l'UDAF, dans les centres de santé de la CARMI, dans les CMP, dans les mairies, autres ?
- Hospitalier : Hypothèse 1 : hôpital Lemire, service de psychiatrie du secteur de St AVOLD, avec création de 5 lits supplémentaires, et hôpital de FREYMING MERLEBACH, en SSR polyvalent, 10 lits. En hypothèse 2, uniquement l'hôpital de FREYMING MERLEBACH en SSR polyvalent avec 15 lits.
- En Allemagne : accueil des personnes françaises à BERUS, clinique psychosomatique, en hospitalisation complète ou de journée.
- Le projet envisage l'intervention de personnels spécialisés au sein des structures partenaires, en ambulatoire et à l'hôpital, en prise en charge individuelle ou de groupe dans le cadre de certaines prises en charge thérapeutiques.

10 LES INTERVENANTS

Les travailleurs sociaux (Mairie, UDAF, bailleurs sociaux, etc)

Les équipes psychiatriques des secteurs de St AVOLD (CHS de LORQUIN) et de FREYMING MERLEBACH (CHS de SARREGUEMINES)

La clinique psychosomatique de BERUS (Allemagne)

Le Pôle Hospitalier Gériatrique de CREUTZWALD

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle de FORBACH

L'idée étant de permettre une approche clinique collective, locale, psychiatrique voire avec spécialité gériatrique, une approche physiologique généraliste, de rééducation, de réadaptation fonctionnelle, d'ergothérapie, algologique, une approche sociale, financière, administrative et de créer ou définir un outil de communication entre ces différents partenaires.

Bien entendu, tout au long des étapes, un nouvel intervenant pourra être contacté ponctuellement afin de répondre au mieux aux besoins.

11 LE PHASAGE ET L’EVALUATION

Une première phase d’essai devrait avoir lieu sur un an, au vu des probables difficultés et complexités des dossiers qui seront à traiter. Il y aura ensuite un bilan d’étape. Comme il n’y a pas de durée limitée de prise en charge, avec toutefois la possibilité de ne pas être en premier chef d’intervention selon le cas, -il peut y avoir prise en charge ponctuelle dans un autre registre pour retour ensuite et continuité-, après redéfinition des besoins, le risque de saturation des possibilités de prise en charge est potentiel. C’est pourquoi les objectifs devront être clairement définis. C’est aussi pourquoi le Dr VIREFLEAU insiste sur l’approche commune à avoir pour tous les intervenants, sur le besoin de formation et de discours commun.

Les critères d’évaluation des résultats se situeront dans le domaine de la santé, du social, avec indicateurs de pérennisation, voire d’exportation et de duplication.

Ce projet a été déposé à l’ARS Lorraine fin avril 2013. Dans son interview, le Dr VIREFLEAU explique « lors de la présentation du projet avec l’ARS, on a vu qu’il y avait quand même des approches qui étaient forcément pas très convergentes, donc on a retravaillé notre copie, on s’est dit d’abord à notre niveau à nous de construire quelque chose qui fonctionne, et ensuite on empile les partenaires autres » (annexe 7). Il n’y a à ce jour aucune réponse de l’ARS. Le travail en collaboration avec l’Allemagne existe déjà dans la région, par exemple pour des prises en charge de la douleur ou sur le plan psychosomatique. Mais elles se font d’hôpital à hôpital. A ce jour, les partenaires sociaux n’y ont jamais participé.

Les personnes que j’ai présentées en entretiens ne sont pas forcément toutes concernées par ce projet : l’une parce qu’elle est relativement âgée, bien que refusant fermement l’idée d’une résidence pour personnes âgées, et l’une ou l’autre peut être parce que le problème d’addiction n’est pas suffisamment stabilisé. Mais bien d’autres personnes pourront bénéficier des aides qui y seront proposées.

Accompagner à plusieurs ne sera pas chose simple, même si nous arrivons à parler un langage commun et avoir des objectifs communs. « L'accompagnement à plusieurs, loin d'être une uniformisation des partenaires et de leurs réponses, est précisément une manière de recevoir les parts diffractées du sujet pour les réunifier au cœur de sa subjectivité ».⁵⁰ C'est peut être parce qu'ils ne savent plus faire les liens, entre ceux familiaux, qui se sont distendus avec leurs fratries respectives et leurs parents, ni avec leurs enfants déplacés ou qu'ils ont l'interdiction de contacter, ni même faire les liens sociaux qu'il faudrait pour pouvoir remplir leurs documents et gérer leur vie administrative, qu'au final l'hôpital devient leur port d'attache, la bouée où s'attacher pour ne pas être emporté dans le tourbillon du monde. Alors oui, ils auront besoin d'un accompagnement multiple, où chacun avec ses compétences, sera le fil à tisser pour recréer ce lien défectueux.

Afin d'explicitier la dernière partie de l'entretien avec le Dr VIREFLEAU, je dois préciser que l'ARS a proposé une évolution de l'offre de soins dans le territoire de l'Est Moselle, qui fait le constat entre autre des difficultés et complexités régionales liées aux évolutions incertaines du régime minier et à la multiplicité des situations d'emploi. L'ARS préconise l'élaboration du projet médical 2012-2016, toujours en cours de négociation.⁵¹ « Chacun a ses soucis, nous on a des soucis... », dit-il ; tout en prévoyant une probable rencontre du groupe de travail en vue de définir l'aspect formation pour les participants.

Voici ce qu'il en est à ce jour de ce projet, que l'ARS a souhaité avant tout devoir être un projet médical. Comme je l'ai montré plus haut, la collaboration avec l'Allemagne ne pose aucun problème, ni sur le plan réel puisque c'est déjà le cas, ni sur le plan législatif, puisque cela est prévu dans la législation.

⁵⁰ Accompagner à plusieurs : un processus de co-construction ? Colette PITICI, Rhizome n° 44, juillet 2012

⁵¹ ARS, Evolution de l'offre hospitalière de soins dans le territoire de l'Est Moselle, 2011

CONCLUSION

Aujourd'hui l'efficience des structures hospitalières s'organise autour de la démarche qualité. L'amélioration des coopérations entre professionnels du territoire de santé sera un enjeu fort voire déterminant pour la pérennité des établissements de santé. En effet, force est de constater qu'actuellement, les professionnels du secteur sanitaire et social ont besoin d'unir leurs compétences afin de pouvoir proposer des projets répondant aux besoins spécifiques d'une population ciblée sur le territoire de la Lorraine.

Autre constat : actuellement le secteur sanitaire ne méconnaît pas l'impact des éléments sociaux sur la santé physique et psychique de la population.

Le projet de réhabilitation psychosociale du bassin houiller est un projet qui cherche à répondre à la fois à la demande de l'ARS de travailler en collaboration avec les partenaires sociaux, mais également et surtout un projet qui veut tenter de situer l'utilisateur au centre du dispositif, de lui permettre d'exprimer ses besoins, et de l'accompagner ensuite vers l'autonomie dans les différents aspects de sa vie. Les aides pourront être d'orientation multiple, selon les besoins exprimés, la santé mentale pouvant être le dernier champ investi, si telle est la demande.

Il nous faudra changer de regard, revisiter nos préjugés envers d'autres catégories professionnelles que nous côtoyons depuis fort longtemps. Apprendre à communiquer,

à présenter notre travail et à le partager. Pour aboutir enfin à cette prise en charge holistique que nous évoquons avec constance dans nos objectifs de soins.

Peut être nous faudra-t-il apprendre la pédagogie de la bienveillance, comme le propose Pierre Rabhi⁵², « car l'enfant qui est bienveillant avec lui-même l'est avec les autres puis avec la nature ». Apprendre la bienveillance entre nous-même, et aux usagers, afin qu'il soient eux aussi bienveillants et bientraitants avec eux-mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

Dictionnaire de la pensée médicale sous la direction de Dominique LECOURT, éditions PUF, 2003, page 1014

Dictionnaire Larousse

Un monde de fous, comment notre société maltraite ses malades mentaux, Patrick COUPECHOUX, éditions du Seuil, janvier 2006.

Du Sahara aux Cévennes, Itinéraire d'un homme au service de la Terre-Mère, Pierre RABHI, éditions Albin Michel, Espaces libres, 1983, 2002

De chair et d'âme, Boris CYRULNIK, éditions Odile Jacob poches, 2006, mars 2008

La Réhabilitation Psychosociale en psychiatrie, Gilles VIDON, éditions Frison Roche, 1995

On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux, Marie Noëlle BESANCON, éditions de l'Atelier, les éditions ouvrières, Paris 2007

La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale, sous la direction de Jean Yves GIORDANA, éditions Masson 2010

REVUES

Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Magali COLDEFY, Philippe LE FUR, Véronique LUCAS-GABRIELLI, Julien MOUSQUES, in Questions d'économie de la Santé, n° 145, août 2009

Galaxie, Christine JOLY

Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement : comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie, in Pluriels n° 98, octobre 2012

⁵² Du Sahara aux Cévennes, Itinéraire d'un homme au service de la Terre-Mère, Pierre RABHI, éditions Albin Michel, Espaces libres, 1983, 2002

Prendre soin de l'être, une perspective pour les soins infirmiers du XXI^è me siècle, Rosette POLETTI, SOINS n° 634, avril 1999

Mégalopoles, Identités, Citoyenneté, Benedetto SARACENO, Rhizome n°43, janvier 2012

Réhabilitation, Responsabilisation, Réhabilitation, Yves PELICIER, Actualités Psychiatriques n°3, 1989

Réhab : les Grands Principes de la Réhabilitation Psychosociale, Guy DELEU, Charleroi, www.club-association.ch/rehab/article

Accompagner à plusieurs : un processus de co-construction ? Colette PITICI, Rhizome n° 44, juillet 2012

GUIDES

HAS, clinical pathway, critical pathway, integrated care pathway, guide en méthode d'amélioration de la qualité et suivi coordonné, 2004

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, guide pour une démarche plurielle de conduite de changement, juin 2011, page 17

RAPPORTS

Rapport complet du diagnostic régional Plan Régional Santé Publique sur le site <http://diagnostic.orsas.fr/prsp>

Projet de Prise en Charge Géroto psychiatrique locale coordonnée, Pôle Hospitalier Gériatrique de CREUTZWALD et CMP de FREYMING MERLEBACH, Dr BIRGIG, Dr WATREMEZ, Dr VIREFLEAU

Conférence Internationale Pour la Promotion de la Santé, OTTAWA, novembre 1986

Missions et organisation de la santé mentale en psychiatrie, Edouard COUTY, rapport présenté à Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, janvier 2009

HAS, évaluation des pratiques professionnelles : rapport de l'expérimentation nationale ; audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé, juin 2006

Les relations avec l'Agence Régionale de Santé et l'Organisation de l'Offre de Soins, page 107

La coopération entre Etablissements de Santé, page 152

Agence Régionale de Santé, Conseil Régional de Santé et de l'Autonomie du 11 janvier 2011

Mission de l'Office Parlementaire d'Evaluations des Politiques de Santé, Alain MILON, 28 mai 2009

ARS Lorraine, enquête sur l'accès à la Santé des populations précaires, avril 2011

ARS Lorraine, Evolution de l'offre hospitalière de soins dans le territoire de l'Est Moselle, 2011

DOCUMENTS LÉGISLATIFS

Circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation psychiatrique

Journal Officiel du 3 avril 1990, page 67

Code de la Santé Publique, articles L 1434-1

ANNEXE 1 : Entretien M. J.

- *Parlez-moi de votre parcours de vie :*

Je suis né le 26 février 1985 à CREUTZWALD.

J'ai 2 enfants 3 et 1 ans, mon amie est enceinte pour mars/avril 2014. Mon ex-femme a perdu ou avorté d'un bébé qu'elle attendait, maintenant je ne la crois plus de ce qu'elle me raconte.

Silence

- *Vous avez de la famille ?*

J'ai 3 frères, ils ont... 32, ...35 et 38 ou 36 ans, j'ai un ½ frère il a 40 ans, et une petite sœur elle a 24 ans, je les voyait beaucoup lorsque j'étais avec ma femme. On faisait souvent des grillades, des repas. Lorsque je serais avec une autre copine, on se reverra on fera des grillades. Je bois beaucoup d'alcool, je suis dépressif à l'alcool, je suis indépendant, quand je bois, j'ai l'impression d'être dans mon monde, d'être seul. J'arrive à des niveaux de besoin, je parle plus à personne, je bois, je bois, je suis agressif, toujours avec les gens qui m'entourent je suis honorable, je perd pas les pédales, c'est avec les autres gens, j'ai l'impression qu'il me regardent de travers, qu'ils ont un regard. Je bois de la vodka ou du Bacardi. *Silence*

- *Vous avez fait une cure ?*

Cure ? J'y arriverais pas. Je ne bois pas l'hosto. C'est pas le problème, je peux m'arrêter pendant 10 ans et reprendre de plus belle. J'étais très jeune j'ai perdu ma petite amie, depuis je bois. Du jour au lendemain, quelque chose nous a séparé, j'avais les clés de sa maison, du jour au lendemain elle a quitté sa maison, alors j'ai mis la clé sous la porte. Je me suis à boire à ce moment là, petit peu par petit peu, je me suis mis à boire de la bière, puis des alcools de couleurs, puis du whisky, puis de la vodka, puis l'Absolut vodka, j'ai bu ça me faisait plus rien, je me suis mis au Bacardi. Quand j'ai perdu mon fils il avait 20 heures de vie, il avait une hernie diaphragmatique. J'ai bu, j'ai bu. *Silence*

- *Où sont vos enfants ?*

Mes enfants sont avec leur mère. Ma mère a 53 ou 54 ans, quand je l'appelle on reste des heures au téléphone, elle travaille, elle nettoie les banques. (*Sourires*) Mon père est décédé à 58 ans en 2006 je crois. Il travaillait dans la maçonnerie. J'ai quitté l'école à...je sais pas je peux pas vous dire. J'arrivais pas à travailler, j'étais perturbé, les copains et les copines, j'aimais bien les distraire, quand je faisais l'imbécile, ils rigolaient, alors moi je continuais. Je ne sais pas ce que j'ai fait. J'ai repris l'école jusqu'au lycée, j'ai fait une CIPA, un cycle d'insertion professionnelle par l'alternance, j'ai pas eu mon CAP. Ça fait rien. C'est de la restauration rapide. Après j'ai commencé à faire des dépressions. Après j'ai prit mon appartement. Après la psy ça allait mieux. Je suis resté 7 an, même plus, 7-8 ans en appartement en location, c'est là où j'ai rencontré ma femme. Ma femme est venue vivre avec moi, elle avait fini ses études, dans le nettoyage, garder les personnes âgées, le nettoyage, agent d'entretien, elle est venue vivre avec moi. Après on a eu notre 1^{er} enfant, et on a déménagé, on a prit un F 3, j'étais entrain de le restaurer, je ne sais pas ce qui m'a coupé, après on a déménagé j'ai pris un appartement qu'un ami m'a conseillé, et ça a pas duré non plus, c'était la fin, on s'est séparé. J'ai repris un studio, après je suis parti sur Luxembourg pour chercher du travail, j'avais tout trouvé à Luxembourg, dans le nettoyage, j'avais trouvé que ça. J'ai fait une dépression, parce qu'une petite elle a sauté de la fenêtre, je ne connaissais pas, je l'ai vu, en fait c'est quand elle m'a vu elle a pas sauté, elle a rebroussé chemin. Après j'ai commencé à me sentir mal je savais plus faire mes papiers, j'allais chaque fois à l'hôpital, après chaque fois l'hôpital voulait qu'on m'enferme, j'y allais pour que je retrouve un quotidien. Ici ça se passe plutôt pas mal, j'aimerais aller seul dans le parc. Le médecin il m'a dit ici il y a beaucoup de choses qui traînent, beaucoup de choses, mais j'en ai rien à foutre moi de ça. J'ai pris de la cocaïne, de l'héroïne, mais toujours à la sniff.

- *Quel serait votre souhait pour l'avenir ?*

A CREUTZWALD, il y a rien, c'est foutu c'est mort. Je voudrais travailler dans un CAT. Je voudrais récupérer ma fille Océane Marie Claire. C'est moi qui ait choisit Océane Marie Claire. Elle est née en 2010. Elle est née le 13 juillet. Nathan Jean Paul Luigi, Nathan c'est ma femme qui l'a choisit, Jean Paul c'était le nom de mon père, et Luigi le nom de mon grand père. La petite elle s'appelle Ambre Lizie Line. Nathan a 2 ans, il aurait fêté 2 ans le 18 juin, il est né le 18 juin et il est mort le 19 juin le jour de la fête des pères en 2011. Je suis vraiment heureux de les avoir mes enfants. Je voudrais faire peintre en bâtiment. J'ai déjà fait peintre en bâtiment dans un foyer, dans un centre de post cure et réadaptation. Suite à une cure, pour l'alcool aussi, mais je buvais autant. Je suis resté 1 an ½. Parce qu'après j'avais du TIG⁵³ à faire, 1 an et 6 mois exactement. Et en plus j'ai réussi à trouver une aide, ça s'appelait, ça s'appelait comment, j'sais plus comment ça s'appelait, 2300 €, ouais. J'avais une assistante sociale, j'avais trouvé un appartement, j'avais trouvé un magasin qui me faisait un petit crédit à la longue sur l'électroménager, c'était pour ça, cette petite elle m'a complètement abattu. Je veux repartir à zéro et refaire ma vie.

⁵³ Travaux d'Intérêt Général

ANNEXE 2 : Entretien M. P.

- *Parlez-moi de votre parcours de vie :*

J'ai 36 ans, je suis hospitalisé dans le pavillon depuis 2 semaines parce que j'ai fait une tentative de suicide, j'ai pris 5 gr d'héroïne et 5 gr de cocaïne.

- *Vous avez de la famille ?*

J'ai un demi frère aîné, avec lequel je n'ai plus de liens. Je suis le 2^{ème} de la fratrie.

J'ai 1 frère et surtout une sœur, c'est ma personne de confiance. Mes parents sont décédés. Mon père en 87, et ma mère en 94.

J'ai été à l'école jusqu'en 4^{ème} technologique, j'ai fait des petits délits, j'étais jeune, et je suis allé en foyer « à ma demande », en foyer pour jeune délinquant, de 16 à 18 ans. J'ai eu 1 enfant à 16 ans, la mère en avait 17, on pensait qu'ainsi les parents ne nous sépareraient pas. Lorsque je suis allé le 2^{ème} jour à la maternité, tous sont partis, d'après une infirmière, la mère a été battue par ses parents et sortie de la maternité d'office pour être envoyée en Sicile. Le bébé, une fille, c'était une fille, elle a été placée à la DASS et adoptée, elle aurait 20 ans aujourd'hui. Après j'ai fait un casse de voiture. J'ai appris à faire le plus de conneries. Puis j'ai travaillé, en atelier de métallurgie et de peinture. Mais c'était pas reconnu par l'état. Je travaille parfois par participation à la mairie de WOIPY pour des travaux de peinture. Ma mère elle est décédée 2 mois avant la sortie du foyer. Quand je suis sorti, j'avais la majorité, je suis allé chez la grand-mère maternelle, on s'est séparés avec la famille. La maison a été vidée, sans eau, sans chauffage, j'ai pas supporté de la quitter. J'ai commencé à me droguer, héroïne, cocaïne, speed-ball, j'ai goûté à tout. Mais j'ai arrêté par moi-même, sans Subutex ni Métadone. Je crois que c'est ainsi que je suis devenu schizophrène. J'ai eu des hallucinations auditives, puis visuelles, puis j'étais en hospitalisation en 2001. J'avais 25 ans. Je voulais pas consommer autre chose, mais je paie maintenant, car je dois prendre des médicaments à vie. J'ai une injection retard d'Haldol, 2 Valium, Tercian 250 mg, Lepticur, anti déprimeur, avec un complément alimentaire, un somnifère. J'ai perdu 20 kg en 2 mois, si je force, je vomis. Je dors mal, je vois mes parents, mon père est pendu, ma mère a un accident, en voiture. Ma grand-mère paternelle m'a hébergée 1 an, elle est décédée ce printemps, c'est ça qui va plus. J'ai logé en hôtel social au refuge, puis en foyer. Je suis parti. J'ai passé 3 ans à CLERMONT

FERRAND, et à STRASBOURG 2 ½ ans, au hasard, j'y ai rencontré une amie, je suis parti avec elle. Mais elle était Bipolaire, on a eu des difficultés. Elle a été à Charcot, ça passait pas avec le médecin. Puis j'étais au Foyer Horizon-Amitié à STIRING c'est l'hôtel social. Mais je gère mes finances et mon traitement, je suis autonome, grâce au Dr Heid, c'est le psychiatre à St AVOLD. Je prends mon traitement comme il faut depuis 5 ans. Je suis un peu fatigué la journée, mais je préfère cela à des voix dans ma tête. Et puis je réside à la maison relais de Montborn depuis novembre 2012, avec un autre résident, en F2. C'était mon co-locataire. Je partage son logement depuis 3 ans, en foyer, en caravane. Il ne comprend pas ma maladie, il me demande d'arrêter mes cachets. Je ne trouve pas de travail car il n'y a pas d'ESAT à mes capacités. J'ai une inscription au pôle emploi depuis peu, pour pouvoir trouver un emploi. Je suis suivi par un psychologue de Pyramide Est. J'aime bien les activités, je plonge dans la dépression quand il n'y a pas d'activités. Il y a moins de stagiaires, donc je plonge, l'hôte elle est occupée par les paperasses. J'ai été à la MAT⁵⁴ de CREUTZWALD. Il y a un appart mais avec un problème de robinetterie et de fenêtres. Je ne sais pas. Je vois ma sœur, toutes les 2 semaines. Elle connaît une résidente, la voisine de ma grand-mère, c'est la mère du colocataire, la sœur du père du voisin. Je sors mardi pour une unité spécialisée à Lemire, il y a plus d'activités, des groupes de parole, si non je reviens. J'ai l'AAH⁵⁵ + ARTH. Mais plus de CMU⁵⁶. Alors ça fait des problèmes de prise en charge pour le dentiste. J'ai fais une TS avant de venir à l'héro et de la coke, j'en avais déjà fait auparavant, j'ai une hépatite C depuis 12 ans.

- *Quel serait votre souhait pour l'avenir ?*

Je ne veux plus être dépressif, je suis trop réceptif. Le boulot, je veux du boulot. J'ai du mal à me gérer moi-même. Ca ne me quitte plus depuis la mort de ma grand-mère. Je pourrais aller en logement, un appartement, ça serait bien.

-o-o-

⁵⁴ Maison d'Accueil Thérapeutique

⁵⁵ Allocation Adulte Handicapé et Allocation de Reconnaissance de Travailleur Handicapé

⁵⁶ Couverture Maladie Universelle

ANNEXE 3 : Entretien M. D.

- *Parlez-moi de votre parcours de vie :*

Je suis né en 61, le 24 août, à KERBACH, mon père il est mort en 90 de silicose, ma mère elle a 84 ans, le jeune frère habite à l'étage. Ils sont dans la maison familiale. J'ai un frère né en 58, un né en 60, un frère né en 65. On se voit occasionnellement, un frère il habite Orléans. Un frère il travaille toujours à la mine, on a tous travaillé à la mine, avec mon père, sauf moi parce que j'avais de l'asthme à la naissance. Et j'ai une grande famille du côté de ma mère avec 6 enfants, vous voyez, une grande famille.

J'ai fait une seconde AB. On a été regroupé avec une classe de philo. C'était trop dur. J'ai été en apprentissage dans une société de chauffage sanitaire, en bureau technique, pour la fabrication des plans et des projets. Pendant 4 ans, une société allemande, puis j'ai fait le service militaire à 21 ans. On est tous parachutistes dans la famille. Mon père et mes frères. J'ai un frère qui était au Tchad, moi j'étais casque bleu au Liban avec prolongation, 3 mois et 10 jours. Dans un camp extérieur d'approvisionnement. Il y a eu que 2 alertes. C'était pas dangereux.

Après l'armée, la société elle avait perdu un contrat j'ai été licencié, j'ai fait divers travaux dans des entreprises, dans un bureau d'étude pour des plans de réfection de la ville de FORBACH, pour l'alimentation en eau, la 1^{ère} tranche avait été acceptée, puis la 2^{ème} non, donc j'ai été licencié par défaut de travail. Puis chez Delco, fabrique de batterie, une embauche pour du nettoyage entre Noël et nouvel an, sans renouvellement de contrat. Puis Mr Bricolage, 4 ans vendeur en sanitaire. Alors il y a eu l'implantation de Leroy Merlin, c'est du licenciement abusif, par concurrence, parce qu'il y avait Castorama et Gédimat. Et puis avec la frontière avec l'Allemagne, le Bauhaus, et tout ça, c'est très compétitif. Tout le monde sait ça.

Après le fils de mon parrain, vous savez, la grande famille, les L., il m'a embauché pour faire du convoyage de fond chez Smart, j'ai aussi été adjudant de pompier volontaire, j'ai fait des stages, j'ai fait aussi du contrôle d'extincteur dans les sociétés. C'était du sérieux. La direction de Metz m'a envoyé sur le site de SOLVEIG pour le remplacement d'un pompier professionnel en arrêt maladie 3-4 mois. Mais après c'était fini. J'ai fait des intérim divers, j'ai un beau

frère exploitant agricole, il m'a proposé de venir l'aider, près de STRASBOURG, faire du travail pour la traite matin et soir pour une trentaine de vaches. Son employé précédent était mort accidentellement. J'y suis allé avec ma femme et mes 2 garçons, mais la famille ici était très dépressive. En journée je faisais le tri pour les destinations de victuailles alimentaires TFE (transport frigorifique européen). Ma femme n'a pas aimé, elle voulait revenir, elle est rentrée. Je suis rentré 8 mois après. Ma femme avait trouvé un logement à HUNDLING, alors j'ai trouvé un emploi de cariste à la fonderie HALBERG-GAUSS, en Allemagne, un contrat à durée indéterminée. Ils ne donnent pas un contrat comme ça à n'importe qui. On était que 9-10 à avoir ce contrat. Ils ont été rachetés par THYSSENS KRUPP. Ça marchait plus, j'étais en conflit avec ma femme, elle m'a reproché d'être alcoolisé, j'ai perdu mon travail. Ce n'était pas vrai, ça serait trop dangereux pour ce genre de travail. Je ne buvais pas de vin, un alcool fort peut être le samedi, je ne sais pas d'où elle sortait ça. Elle me demande 24000 €.

J'ai divorcé l'an passé, je ne vois plus personne. Je n'ai plus le droit. Mais j'ai découpé dans le journal, j'ai vu mon fils a eu son bac. C'est les pompiers qui m'ont cherché chez moi. J'étais en famille gouvernante quelque temps. C'était bien avec C. (*la gouvernante*). Puis j'ai été ré hospitalisé, c'est par défaut de ressources que je dois revenir à l'hôpital. Ma femme elle demande trop, je peux pas payer. Mais je ne crains rien, je vais à l'ergothérapie sport, je fais du foot, je m'entraîne, rien ne me fait peur.

Quand je sortirais je veux téléphoner à son beau frère (*mari de la sœur de son ex*), on a d'excellentes relations, espère qu'il me reprend, il a toujours besoin d'aide. Je pourrais retourner travailler dans les transports frigorifiques. Ah j'ai fais aussi du travail saisonnier en fruits et légumes à l'automne jusqu'à Noël à SARREBRUCK, eux cherchent toujours du monde. Il y a plusieurs pistes là, ils cherchent toujours des gens. Et puis il a M. M. j'envisage une colocation avec lui. (*Il s'agit d'un résident d'un appartement protégé qui vient en hôpital de jour*). En attendant de trouver du travail. Je suis prêt si je dois payer une pension alimentaire je paierai. Les enfants ont 23 et 21 ans. L'aîné travaille dans une entreprise de chauffage sanitaire. Je le sais.

Avant vous savez j'étais dans le comité du football club d'ELSTING, j'ai été arbitre de foot pendant 1 ½. J'aimais beaucoup. Mon père il a été arbitre quelque temps. Je n'ai jamais eu de problème. Pour un carton le club doit payer une amende à la fédération régionale. Les clubs ont tous des difficultés financières. Je n'étais pas très « carton ». Je disais que le mec devait cesser ses bêtises. La ligue envoie des contrôles, un anonyme s'assoit dans la foule et à la fin du match il fait son rapport. C'est ce qui fait la promotion. Chaque club doit avoir 2 arbitres pour jouer en championnat. *Silence*

- *Quel serait votre souhait pour l'avenir ?*

Si je retourne à la famille gouvernante ça va. Si je récupère mes brevets de parachutiste, c'est bien. On a peur une première fois non. La 2^{ème} vous savez ce que c'est, vous appréhendez plus, la 3^{ème} aussi. Puis ça va. J'étais volontaire pour des sauts avec l'hélicoptère PUMA, la sangle est de 15 m au lieu de 6 m en avion. Ça fait plus d'adrénaline, mais on ne s'en rend pas

vraiment compte. C'est quelque chose de génial. Au niveau sensation c'est sublime. Je voudrais bien en refaire.

°°_

ANNEXE 4 : Entretien M. F.

- *Parlez-moi de votre parcours de vie :*

Je suis âgé de 39 ans. J'ai un frère de 45 ans que je vois plus. J'ai aussi une sœur de 41 ans que je vois plus. Mon père est décédé par suicide en phase terminale de cancer il y a 2 ans. Mon père il était chef d'équipe à la mine.

- *Votre scolarité ?*

J'ai arrêté ma scolarité en 6^{ème}. J'ai fait une formation de pâtissier. J'ai aussi commencé mes tatouages à partir de 12 ans. (*Il est tatoué sur tout le corps, avec de nombreux piercing*). J'ai fait faire cette croix en prison 'haine pour mon frère'. (*Il me montre avec fierté un tatouage sur son torse, sachant qu'il porte une chemise largement entr'ouverte*). J'ai sorti un couteau quand j'étais pâtissier, un type il m'a emmerdé et je l'ai menacé. J'avais 14 ans. Ma famille elle m'a rejeté. Mes frère et sœur ils m'ont abandonné.

J'ai fais 4 mois et ½ à la prison, à la maison d'arrêt à SARREGUEMINES. Après on m'a transféré et on m'a mit en HO. Après on m'a mit en psychiatrie.

J'ai été suivi par un médecin à la SSM⁵⁷. Après quand je suis sorti j'ai pris des médicaments, j'ai tout pris ce qu'elle avait ma mère, j'étais très en colère. J'ai été hospitalisé. Mon 1^{er} suivi c'était à partir de 17 ans. En chambre d'isolement j'étais. Je suis resté 9 mois d'affilée. Quand je suis sorti je suis parti. J'étais en foyer de délinquant à GRENOBLE, j'avais fait des actes de vandalisme. Je voulais être Dieu, j'ai cassé une vitrine avec un pavé. J'ai mis le feu, j'ai pris des médicaments, du Tranxène avec de la bière, par boîtes. J'ai fais des injections d'héroïne, j'ai pris du Crack, j'ai eu beaucoup d'histoires avec des femmes mariées. Puis j'ai rencontré V., ma compagne, il y a 6 ans au CHS. Depuis je vis avec elle. Elle est divorcée, elle a deux garçons, ils sont violents avec leur mère, ils ont 19 et 17 ans, elle était une femme battue. Maintenant ils sont en foyers. On a trois chats. J'ai fais hospitaliser mon amie. Elle allait pas bien. (*Elle vient d'être admise dans une autre unité pour troubles bipolaires*). J'ai toujours habité chez des femmes, une fois j'ai eu une chambre, mais je l'ai perdue par abus de drogues. J'ai été en UMD suite à une altercation avec un infirmier, j'y ai rencontré des patients dangereux, ils m'ont raconté tous les détails de leurs passages à l'acte. Il y a pas de défense en psychiatrie, pas de jugement. Maintenant j'ai arrêté la drogue il y a 2 ans et 4 mois. Je vends divers objets en troc, je vis avec ce que je trouve, parfois j'ai beaucoup d'argent. J'agis

⁵⁷ Société de Secours Minière

toujours en fonction des ressources de la personne. S'il a pas beaucoup, je demande pas beaucoup. Je m'occupe facilement des autres patients de l'unité. Je suis serviable. A la maison, je fais le ménage, je m'occupe des chats, je fais les courses. J'ai toujours eu un hébergement. J'ai 100 gouttes de Loxapac, du Seroplex, du Xatral, de l' Epitomax, Théralène et Stilnox. Mais avec l'assistante sociale ont a des démarches en cours pour un logement personnel à partir de l'automne. J'ai aussi une hépatite C. On est sortis à l'étang de Haselfurth (*Grand plan d'eau à une trentaine de kilomètres de l'hôpital, dans un très bel écrin de forêts, dans les Vosges du Nord*), avec l'unité hier. C'était une bonne journée. *Silence*

- *Quel serait votre souhait pour l'avenir ?*

Je suis bien adapté à la vie sociale. Je me comporte bien. J'ai encore trois ans de tatouages à faire. J'ai un scooter. J'aime la déco indienne, la musique avant tout, et Johnny Halliday, ma première cassette c'était à 6 ans au Palais des Sports à Paris en 1973, et puis Elvis. J'ai de très bons souvenirs de ma grand-mère. Ma cousine a été hospitalisée, son père s'est pendu il y a 15 jours. J'ai un cousin il est toxico du côté de mon père, il a tué les grands-parents, par balle il a pris 15 ans. Vous savez je suis d'origine polonaise par mon père. Pour ça on m'appelle l'Indien blond. Ma mère elle est d'origine gitane. Je vendais avec elle de l'or et des meubles. C'est elle qui m'a formé dès l'âge de 6 ans. Je veux un logement pour moi tout seul.

-°-°-

ANNEXE 5 : Entretien M. V.

- *Parlez-moi de votre parcours de vie :*

Je suis né le 24/12/01949. J'ai 4 sœurs, 1 frère qu'il est décédé bébé, c'est l'aîné. Mes parents se sont séparés. Mon beau-père est mineur. « Ce Yougo de mes 2 ». Ma 1^{ère} paie j'étais tout fier, je voulais donner à maman, il a voulu la paie, il est devenu agressif, il s'est trouvé avec la chaise à travers la gueule, depuis il m'a foutu la paix. J'ai deux sœurs en vie.

Mon père était mineur, moi j'ai travaillé à 14 ans, je ne voulais plus aller à l'école, si je sais lire et écrire le français, je me débrouille. J'aime bien écouter les gens quand ils parlent de leur vie. Je n'aime pas être pris de haut.

J'ai fait 5 mois dans une fabrique de ressorts ; plus de repreneur. Le grand père m'a trouvé une place en Allemagne dans une aciérie, je faisais des fers en U, j'ai aimé cette très grande entreprise. J'y suis resté 6 ans, jusqu'à la fusion avec une entreprise Luxembourgeoise.

Je travaillais pendant les congés si non je m'ennuie. J'ai travaillé comme éboueur. 6 mois. J'ai toujours travaillé, si il n'y en avait pas je l'inventais. J'ai été marié à 21 ans, ma femme elle a travaillé après en fabrique de couture en Allemagne. J'ai 4 enfants, une fille Agnès, et trois garçons. Alain, toujours avec sa mère. Les deux autres un peu voyous sur les bords, ils me ressemblaient. On a divorcé après onze ans de mariage. Les enfants, faut qu'ils fassent leur vie. J'ai eu des connaissances c'était juste passager. J'étais pas un coureur de jupon, ma femme prenait la paie, elle partait avec la voiture, elle klaxonnait, il faut vider le coffre, oh qu'est ce qu'il y avait là. Le curé me connaît très bien.

Puis j'ai travaillé à la mine au charbon, donc au fond, jusqu'à la retraite. C'est dommage que les HBL⁵⁸ ont fermé, moi j'aurais continué à travailler. Je peux pas rester à rien faire. Moi ce qu'il me faut c'est du gros. Si vous me donner un gros marteau pique, une pelle, ça d'accord. J'ai toujours regardé mon oncle, mon grand père travailler. Ce qu'ils faisaient je peux le faire aussi. Mais par contre j'aime les fleurs. Quand j'étais marié, le balcon était plein de fleurs, on voyait même plus à travers.

C'est la 2^{ème} fois que je suis à la ROSERAIE, je suis resté longtemps la dernière fois. J'étais en maison relais pendant 6 mois. Il n'y a rien là-bas, toutes les cinq minutes ça toquait à la porte, t'aurais pas un gâteau, une cigarette... Je buvais parfois un peu.

⁵⁸ Houillères du Bassin Lorrain

J'ai été en foyer Horizon, j'ai fais deux jours de garde en vue. J'aime dormir sous les ponts, je n'aime pas ceux qui ne travaillent pas. J'adore la nature, si je ne suis pas en ville, moi je suis en plein milieu de la forêt. J'ai même déjà dormi en forêt, je me suis réveillé une fois à côté d'une biche. Je me balade, par ci, par là, je vois des cerfs, des sangliers, une fois j'ai dû monter sur un rocher, il y en avait un qui me tournait autour. J'aime bien être dans la nature, être seul. Ici je suis poli avec tout le monde, je parle avec tout le monde. J'ai regardé ma grand-mère comment elle cuisinait, ma tante, ma marraine, je gouttais par ci, je gouttais par là, j'ai été interdit de cuisine, si un planque de la nourriture, de lui arrache, je nettoie et je mange. Dés fois, je leur donnais un coup de main, un peu maladroit parfois. (*Petit rire gêné*) Le samedi chez nous dans la famille, c'était le jour du gâteau. Quand ils faisaient la pâte, c'est comme si une main me prenait, et je touchais la pâte. J'attendais même pas qu'il soit refroidi. J'étais un grand mangeur, « mais où c'est que ton jeune met ça » qu'ils disaient. Quand on a faim, on mange. Je suis pas difficile, je mange de tout. J'ai été engagé volontaire dans la légion étrangère, à 26 ans, j'étais en instance de divorce. J'ai tout quitté, ils ont pas entendu parler de moi pendant 2 ans. Après j'ai écrit à ma mère, ils m'ont fait une de ces lettres, c'était un mur complet. La 1^{ère} permission, toute la rue était là, et pourtant je suis pas un héros, je suis un simple type. On mangeait du singe, on lui enlevait la peau, on le cuisinait comme un lapin, ça a le goût du lapin. Parfois on attrapait des serpents pas dangereux, on leur coupe la tête, on les mangeait. Mayotte, ça bardait, j'ai flingué quelques rebelles, la Réunion, Djibouti, Madagascar et Tahiti en tout dernier, je me demande ce qu'on foutait là-bas. Il y avait des bases de lancement de roquettes. C'est du passé tout ça, on oublie. Après les HBL, je n'avais plus choix, on avait un logement gratuit, il fallait payer l'électricité, j'avais un jardin, ma femme avait son carré avec des fleurs, il fallait pas toucher. Ils voulaient que je rempile, j'ai dit non, je veux rentrer chez ma maman. Si je pouvais changer ma canne en bavasse, (*M V. s'appuie sur une canne pour se déplacer*) y en a pas mal qui serait crevé depuis longtemps. Quand j'étais marié, quand les enfants rentraient de l'école, ils s'attablaient, papa j'ai faim, et moi il me restait que les os et une patate. Et vous pouvez y aller travailler avec juste une patate ?

Je fous la paix à tout le monde, le ¾ du temps je préfère rester pour moi tout seul. Bien sûr, si il y a des gens qui me parlent, je leur parle. Si on me parle intelligemment, j'aime bien écouter. Moi je suis intéressé par tout ce qui est la mécanique, j'aime ça. Je ne pourrais pas supporter de travailler dans un bureau. Mon oncle il m'a une fois emmené dans un bureau, je lui ai tout mit à l'envers. Il s'est fâché et moi je rigolais. Au niveau santé, pas de problème particulier. Il y a 9 ans, 2 jeunes sans permis sans assurance, ils m'ont renversé. Avec leur scooter. Je me suis trouvé pendant un mois à Marie Madeleine (*le centre hospitalier de FORBACH*). Même aujourd'hui j'ai encore mal. J'ai 2 belles cicatrices, j'ai eu une broche, c'est le genou qui m'embête, j'avais 2 cannes, j'ai toujours le genou, donc il me faut une canne. Si non je travaillerai. Il n'y a rien, vous devriez voir les logements vides là-bas. Je traîne d'un coin à l'autre. A FREYMING je connais un tas de monde, que je respecte, qui me respecte, il y en a quelques uns qui sont un peu loufoques, moi aussi je peux devenir un peu loufoque. Vous savez quant à la Légion, on apprend à se défendre... je suis pas le gars qui suis méchant. Si vous êtes aimable, la personne est gentille avec vous. Des jeunes ils avaient plus toute leur cervelle, je leur ai parlé comme à vous tout à fait normalement, et c'est là que ça marche. Il faut accepter le monde comme il est.

- *Quel serait votre souhait pour l'avenir ?*

J'ai eu une petite rentraite, depuis longtemps dépensée. J'ai la retraite des HBL, j'aurais une retraite d'Allemagne à 65 ans. Je m'achèterai une maison, pas quelque chose de grandiose, juste une cabane.

._o_.o._

ANNEXE 6 : Entretien Mme VEDDA

- *Parlez-moi de votre parcours de vie :*

Donc je suis éducatrice spécialisée en formation initiale, euh, j'ai toujours eu, on va dire du goût pour euh les personnes en situation de précarité et les adultes, et finalement une grosse partie de mon parcours professionnel tourne autour de l'hébergement, des questions d'hébergement bon et d'accès au logement pour les populations en situation de précarité. Et il y a une dizaine d'années environ j'ai vu l'opportunité d'être cadre toujours dans ce domaine-là.

Actuellement je suis donc euh, euh chef de service d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale qui accueille des familles et avec enfants et je gère, je supervise aussi une maison relais qui est située sur la commune de HOMBURG HAUT avec des personnes en situation de précarité.

- *Vous avez participé à la construction d'un projet de réhabilitation psychosociale, quel est votre rôle dans ce projet ?*

Alors j'ai été sollicité par euh, un collègue de la CARMI⁵⁹ qui est porteur de ce projet et de sa construction, j'allais dire un petit peu en tant que référent précarité, si j peux dire ça, euh puisque ce projet est un projet quand même à construction plus médicale euh au départ, et cette personne souhaitait qu'on puise euh, regarder la situation des usagers euh, dans la réalité de c' qu'est leur quotidien. Il m'a sollicité à ce titre là.

- *Quels sont vos objectifs dans ce projet ?*

Euh, mes collègues de travail et l'équipe que j'anime euh sont de plus en plus dans une forme de, de difficulté euh parce qu'ils n'arrivent pas à trouver des solutions euh pour les usagers qu'ils ont prit en charge. Euh, ils font, ils ont l'impression d'être un peu quelque fois des balles de ping-pong où lorsqu'ils s'adressent au XAPA pour avoir un problème qu'ils eux ont repéré être de l'alcoologie ou de l'addiction on les renvoie vers le soin, le CHS disant que la problématique est plus une problématique de psy, euh lorsqu'ils essaient euh de trouver les, une solution de retour à l'emploi ou de retour à la formation, on, pour certains autres usagers, ils sont confrontés à des difficultés euh de type, euh décrite comme médicales par les usagers, et, euh, ayant pour l'un mal au dos, pour l'autre, euh, des difficultés avec ses épaules, ils ont l'impression, euh puisque eux sont, j'allais des généralistes de la précarité, de ne jamais avoir de réponse euh, claire en terme d'orientation euh, qui serait la meilleure pour les usagers qu'ils accompagnent. Il n'est pas question là de, d'avoir des indications médicales pures, mais bien de construire un parcours de réinsertion ou d'insertion sociale avec un public qui est abîmé déjà, et donc d'éviter de se tromper encore une fois, de diriger vers l'emploi quelqu'un qui n'est pas encore prêt à aller euh, vers l'emploi et qui a besoin d'abord de, de reconstruire.

⁵⁹ Caisse Régionale de Sécurité Sociale dans les Mines

- *Quel sera votre rôle ?*

Euh, le rôle de l'association pour laquelle je travaille pour le moment, je vais dire n'est pas clairement défini, euh, nous pourrions être ou peut être que les différents professionnels de santé seraient spécialistes-ès qualité euh soit, de la maladie mentale, ou soit de la douleur, et nous pourrions être spécialistes-ès qualité de euh, de la précarité et, et aider euh aider le collectif à trouver aides type ressources, par exemple des solutions peut être en matière, en matière de subventions, euh, pour du, du matériel ou euh, pour, d'avoir une bonne connaissance du social autour du droit, autour de tout ce qui permettrait du côté, j'allais dire euh, accompagnement socio-éducatif, de fluidifier aussi les parcours. Et ça nous permettrait aussi euh, une forme d'acculturation, j crois que on, on se connaît mal, les médicaux et les sociaux, on se redoute, on parle pas forcément des mêmes choses, pourtant on accompagne les même personnes, et ces personnes elles sont une, elles sont pas une moitié médicale et une moitié sociale, et j'crois qu'si on en arrive nous à se parler et à se comprendre, ça ne pourrait être que en direction du bénéfice des usagers.

- *Est-ce que par rapport au devenir du projet, il y a quelque chose que vous souhaitez rajouter ?*

Euh, j'suis un petit peu inquiète du regard des autorités de tutelle, euh, pour la nature même de ce projet, c'est-à-dire que la réadaptation psychosociale qui est très connue et reconnue dans, auprès de nos voisins européens proches, hein, il y a pas besoin d'aller très loin, euh, il y a encore effectivement en France cette espèce de regard sataniste qu'on a l'impression qu'on a comme il y a pas de traitement en soi et qu'il s'agit bien de participer à l'évaluation des capacités de la personne et de prendre, j'allais dire la main mise sur le, sur son parcours, je crains que les autorités de tutelle ne voit ça comme un gadget, et pas réellement comme un, comme un changement d'option. Si on regarde les choses du côté de l'Allemagne, c'est vrai que les résultats de cette politique de prise en charge des, des patients, est efficace, elle est efficace, à la fois sur la réinsertion sociale mais aussi sur la réinsertion professionnelle. J'ai l'impression d'avoir dit, tout dit.

_o_o_

ANNEXE 7 : Entretien M le Docteur VIREFLEAU

- *Parlez-moi de votre parcours de vie :*

Je suis psychiatre, j'ai fait ma formation à NANCY, j'ai travaillé au CHS de SARREGUEMINES en tant qu'interne, j'étais PH au secteur des enfants, j'ai un DESC de psychiatrie infanto juvénile, puis j'ai fait du libéral quelques années, et je suis revenu à l'hôpital, et j'ai travaillé sur des projets de réseaux sur FORBACH, et puis sur le transfrontalier, avec BERUS, les relations et les passages entre la France et l'Allemagne, à l'époque on passait par le formulaire E 112, et ensuite je suis entré à la CARMi où tout le monde travaillait santé publique, santé mentale, c'était bien. Le cabinet ça paie bien, on est bien rémunéré, mais on est seul. A la CARMi on a essayé de mettre en place des passerelles dans le cadre de la gériatrie, plus spécifiquement et notamment des passerelles dans le domaine du maintien à domicile, donc c'est du gros travail avec les généralistes, le travail avec le gériatre à l'hôpital, en travaillant notamment avec les collègues de psychiatrie, au CHS à SARREGUEMINES, à LORQUIN, à ST AVOLD, les SSR de journée et les SSR de réadaptation. D'où l'intérêt du partenariat avec la psychiatrie, pour la partie prise en charge sur le plan cognitif.

Dans ce cadre-là on s'est aperçu qu'il y avait une autre population qui a du mal à se prendre en charge par elle-même. Et avec O. A. (infirmier coordonnateur en santé) on a réfléchi et on a contacté l'UDAF qui est au contact de ces personnes par le CHRS et qui souvent nous contacte parce que ces personnes présentent des douleurs chroniques, des incapacités de travailler, donc nécessitent une prise en charge médicale, et puis une prise en charge sociale avec l'UDAF, voire une prise en charge psychiatrique plus spécialisée. Et un lien entre tout ça qui est la Clinique de BERUS, ils travaillent sur la participation du patient au mode prise en charge qu'ils ont développé. C'est un travail qui se fait dans le cadre de la prise en charge de réhabilitation allemandes, dans le cadre de la préretraite, puisque les organismes de préretraite financent les invalidités. Nous on a, on est invalide, chez eux on est en préretraite. Donc ils ont tout de même plus de travail avec des gens plus ou moins motivés et qui présentent divers types de troubles, on a une bonne zone de recouvrement entre la rééducation fonctionnelle, la psychiatrie et puis, et puis BERUS même si eux ne font pas de rééducation fonctionnelle, c'est plus sur l'abord psychothérapeutique des troubles. L'idée c'était d'importer un peu leur méthode de travail en France, euh donc la mise en place du partenariat avec l'UDAF à mon avis c'est un point important mais à terme il faut d'abord qu'on ait verrouillé le volet hospitalisation. Et le volet hospitalisation ça sera avec M et B (*respectivement psychiatres à SARREGUEMINES et à LORQUIN*) Il faut que chacun mette en place déjà des, des groupes de travail, il faut une culture de travail commune, il ne faut pas aller trop vite. Il faut en place des groupes de travail avec les personnels de BERUS, il faut former les personnels, qui sachent de quoi ils parlent, qui connaissent un petit peu l'approche de l'autre ; parce qu'aller trop vite à mon avis, ça paraît tellement complexe, on risque de se planter. A partir du moment où on aura pu former du personnel, qu'on a formé les personnels au parcours patient, entre nous en France voire avec les Allemands, euh à partir du moment où les Allemands auront pu intervenir chez nous et nous aussi notamment leur apporter une certaine compétence, à partir de là, j pense qu'on va pouvoir travailler avec un autre partenaire qu'est l'UDAF, qui a une approche radicalement différente de nous.

Et c'est un peu ce qui c'est passé lors de la présentation du projet avec l'ARS. On a vu qu'il y avait quand même des approches qui étaient forcément pas très convergentes, donc on a retravaillé notre copie, on s'est dit d'abord à notre niveau à nous de construire quelque chose qui fonctionne et ensuite on empile avec des partenaires autres, comme BERUS et la gériatre, mais l'interface sera d'autant plus facile à mettre en place, déjà entre nous on aura, on aura une approche partagée, puis on aura des protocoles de travail commun. On va définir les formations.

Au niveau des projets déposés, c'est vrai que pour l'instant ce n'est pas très clair, chacun à ses soucis, les CHS ont leurs soucis, nous on a des soucis, on vient de changer de direction, le contact est maintenu avec BERUS, avec les partenaires, je pense qu'on devrait au 3^{ème} trimestre se rencontrer, peut être pas forcément tous ensemble, on va rester en contact, hein, je pense que déjà au niveau de chaque établissement il faut se revoir et définir le groupe qui participera, le former, BERUS peut former gratuitement les personnes à ses méthodes, il faut qu'on ait des habitudes de travail communes pour pouvoir avancer ensemble. Pour obtenir une démarche participative des patients il faut commencer par nous.

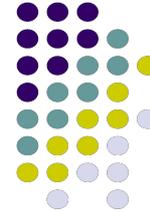
Ici au niveau population dans le bassin local de santé publique, il y a toute une population en déshérence, tout ferme, même les hôpitaux vont fermer, il y a trop de licenciements, ça crée des problèmes d'exclusion, avec du jeu pathologique, de l'alcool, des grossesses précoces, et tout ça. Il y a vraiment beaucoup à faire. Mais il faut être bien préparé, il faut travailler avec les communes, le conseil général, il faut parler un même langage. On gère l'urgence, le désir suit, mais il faut tenir, chacun sa place, son rôle, comme partie d'un tout.

-°-°-

Projet réhabilitation médico-psychosociale du bassin houllier (57)

Projet médical

M. Aromatario O. Promotion de la santé
Dr Birig M. psychiatre
Dr Boumerfeg K. psychiatre
Dr Goloubtsoff J. Médecin rééducateur
Dr. Virefleau O. psychiatre- pédopsychiatre
Dr Riedel H: psychologue
Dr. Watremez P. gériatre- algologue
Mme Weber CSS



1

Réhabilitation Définition médicale



- Action pour développer et optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés rencontrées
- **S'inscrit dans le soin mais ne s'y résume pas**

2

Santé définition OMS



- **La santé** est un état de complet **bien-être** physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- **La promotion de la santé** est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

3

Psychosomatique



- Certaines **conditions de vie** jouent un rôle déterminant dans tous les processus de maladie
- La maladie peut être physique et/ou mentale et inclue stress, douleur et somatisation
- L'intrication psyché-soma est la règle dans les pathologies chroniques

4

Les thérapies psycho comportementales



- Partent du principe que le comportement au sens large influe sur notre état de santé
- Apprentissage qui permet de modifier les perceptions génératrices de troubles dans la vie des patients
- Acquisition de nouvelles aptitudes dans un contexte relationnel
- Travail sur le vécu des troubles
- Travail à partir du symptôme

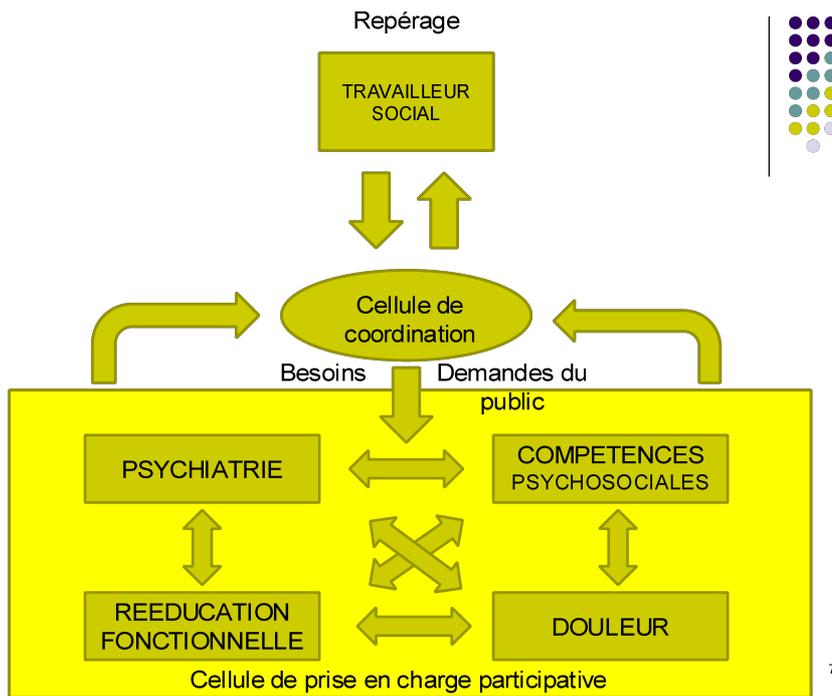
5

Finalité de la réhabilitation MPS



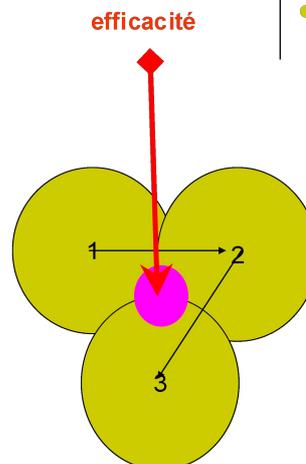
- **Prise en charge globale en valorisant les compétences**
- **Penser en fonctionnalités et non en symptômes**
- **Améliorer et/ou restaurer l'insertion sociale**
- **Réduire la stigmatisation et les discriminations**
- **Restaurer ou améliorer l'estime de soi**
- **Tendre vers l'autonomie**
- **Travailler sur les points de rupture avec les travailleurs sociaux**

6



Démarche

- 1 Repérer la/les demande/s de la personne
- 2 Quels sont le/s besoin/s identifiés par le professionnel
- 3 Quelle/s réponse/s peuvent être apportées



8

Pour quel public ?

- pas des « malades » mais :

- Des personnes en difficultés pour diverses raisons (psychiatriques, somatiques ou sociales) pour lesquelles les prises en charge sociales existantes sont insuffisantes
- Des personnes de notre secteur en précarité ayant des difficultés d'accès aux structures de soins ou en rupture
- Personnes ayant des difficultés suffisantes pour altérer leur autonomie mais ne justifiant pas de prises en charges psychiatriques lourdes
- Personnes nécessitant cependant une expertise médicale et/ou psychologique



9

Parcours de soins

- 1 : le travailleur social ou le médecin traitant soumet un dossier à la cellule de coordination*
- 2 : La cellule de coordination (psychiatre et somaticien référents) va à la rencontre de la personne près de son milieu de vie



- Identification de la demande
- Tableau des compétences
- 3 : ensemble et avec la personne
 - Ciblage des besoins et des objectifs
 - Définition d'un projet thérapeutique participatif
 - ↳ objectifs définis en commun

Apporter une expertise
médicopsychologique
Aux travailleurs sociaux



10

*critères d'inclusion à définir avec les travailleurs sociaux

Le projet de prise en charge



- **Projet social** ☛ les travailleurs sociaux
- **Projet médico psycho-social**
 - ☛ **psychiatrique** réalisé avec l'aide des équipes du secteur (Lorquin et Sarreguemines)
 - ☛ et/ou **psycho-social** avec la participation des professionnels de l'équipe de Berus
 - ☛ et/ou **somatique** réalisé avec l'aide des rééducateurs et algologues

Toujours avec la participation du sujet

11

Etapas semestrielles



- **Réévaluations périodiques** du projet proposé par la cellule de coordination
 - ↳ **Objectifs prédéfinis en commun et Bilans d'étape semestriels**
- **Information** au travailleur social (respect du secret médical) et au médecin traitant via un compte rendu
- **Adaptation** éventuelle du projet thérapeutique
- **Durée** : non limitée

12

2 volets en Moselle-Est



- **Ambulatoire**
- **Hospitalier**
 - En France
 - En Allemagne

13

Volet ambulatoire



- **Se déplacer au plus proche des personnes concernées**
 - Domicile
 - Locaux UDAF
 - Centres de santé CARMI
 - CMP
 - Autres...

14

Volet hospitalier

- Hospitalier



- **En France :**
 - **Hypothèse 1 :** Hôpital Lemire → service de psychiatrie du secteur de Saint-Avold avec **création de 5 lits supplémentaires** et Hôpital de Freyming Merlebach → SSR polyvalent (10 lits) avec le concours du CRF et du service de psychiatrie du secteur de Freyming-Merlebach.
 - **Hypothèse 2 :** Hôpital de Freyming Merlebach → SSR polyvalent (15 lits) avec le concours du CRF et du service de psychiatrie du secteur de Freyming-Merlebach.
- **En Allemagne :** accueil des patients français à Berus

15

Place de Berus (Voir avec Heiko)



- Hospitalisation HC ou de jour ?? en Allemagne à la clinique via formulaire **S2 ??**
- Interventions de personnels spécialisés au sein de structures partenaires françaises (en ambulatoire et à l'hôpital, prise en charge individuelles ou de groupe)

16

Phasage et évaluation



- Phase d'essai 1 an puis bilan d'étape
- Exportation et duplication
- Critères d'évaluation des résultats :
 - Santé
 - Social
 - Processus avec indicateurs de pérennisation
 - Exportation et duplication

17

Les acteurs



- Les travailleurs sociaux (UDAF, Bailleurs sociaux, etc.)
- Equipes psychiatriques des secteurs de Saint-Avoid (CHS de Lorquin) et de Freymin-Merlebach (CHS de Sarreguemines)
- La clinique psychosomatique de Berus (Allemagne)
- Le CRF de Forbach
- PHG de Creutzwald

18