

19^{èmes} journées nationales d'étude
«Élus, santé publique & territoires»

HABITAT & SANTÉ MENTALE

MARSEILLE

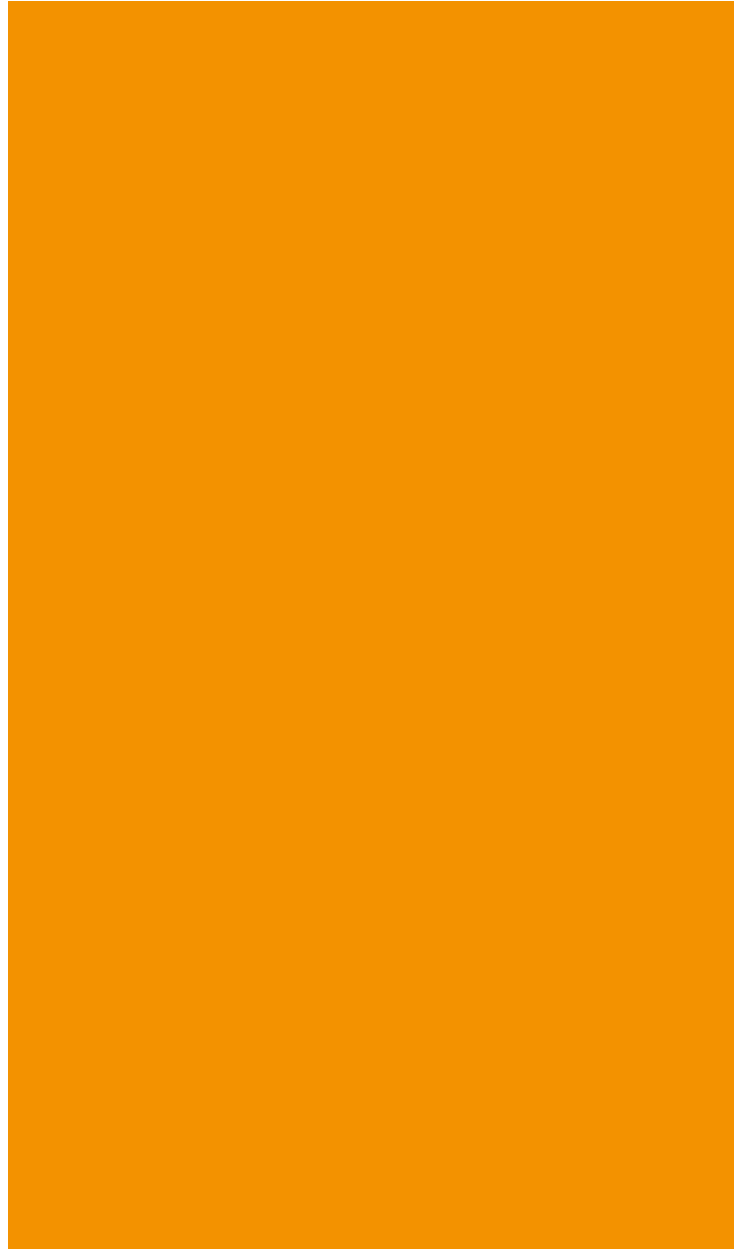
12 & 13

DÉCEMBRE 2017

**Bibliothèque municipale
de l'Alcazar**

58 cours Belzunce

130001 Marseille





PRÉSENTATION DE « ÉLUS, SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES » ASSOCIATION NATIONALE DES VILLES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'association « Élus, santé publique & territoires » a été fondée en octobre 2005 par des élus locaux pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé.

« Élus, santé publique & territoires » est un réseau national d'élus souhaitant développer une politique locale de santé, dans un cadre contractualisé avec l'Etat, en s'appuyant sur le modèle de l'Atelier santé ville dans les quartiers politique de la ville et globalement celui des Contrats Locaux de Santé, inscrits dans la loi HPST puis la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016. Le réseau plaide en faveur de l'affirmation et la reconnaissance du rôle des communes et de leurs groupements dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique territoriale de santé s'appuyant sur les leviers d'action puissants dont disposent les élus locaux sur leurs territoires. Il promeut un travail intersectoriel, inter institutionnel et interprofessionnel, qui consiste à introduire la « santé dans toutes les politiques » et, au-delà, à mettre en œuvre des réflexions sur l'évaluation de l'impact en santé.

« Élus, santé publique & territoires » met pour cela en place des échanges et réflexions afin de mutualiser les expériences locales pertinentes. Elle organise une à deux fois par an des Journées nationales d'étude.

Un partenariat avec l'Université Paris Nanterre lui permet de développer les travaux de recherche sur la santé en milieu urbain et à les rendre utilisables par les décideurs locaux.

L'association accompagne également les collectivités dans le développement de programmes territoriaux de santé et la mise en œuvre de démarches telles que les Ateliers santé ville, les Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé.

Les élus de l'association participent, en outre, à différentes instances locales, régionales ou nationales, qui structurent les réflexions et le développement des politiques de santé publique et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Comités de pilotage et d'organisation de séminaires et conférences, groupes de travail ou groupes de réflexion, conseils scientifiques, jurys d'appels d'offre...).

Trois objectifs pour fédérer les élus locaux...

- **Promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- **Affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique**, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'État ;
- **Développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'État**, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville » développés dans le cadre de la Politique de la ville.

L'association en quelques chiffres...

13 ans d'existence...

30 collectivités adhérentes dont 3 communautés d'agglomération et 35 villes correspondantes.

L'association et ses partenaires financiers ...

ESPT est considérée comme « Tête de réseau » à l'échelle nationale et soutenue par le Commissariat général à l'égalité des territoires, par la Direction Générale de la Santé et Santé publique France. Les villes adhérentes contribuent également au développement de l'association par une adhésion volontairement modeste.

L'association en quelques dates...

- **Octobre 2005** : Création de l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, santé publique & territoires », dans la dynamique des Ateliers Santé Ville et à la suite des Assises pour la Ville d'avril 2005.
- **Novembre 2005** : PARIS : Premières rencontres nationales des villes pour le développement de la santé publique sur le thème des inégalités de santé
- **Octobre 2006** : NANTES : 2^e Journée d'étude « Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? »

- **Mars 2007** : GRENOBLE : 3^e Journée d'étude « **Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale** ».
- **Juillet 2007** : Mobilisation nationale pour la sauvegarde et le développement des ASV.
- **Octobre 2007** : REIMS : 4^e Journée d'étude « **Offre de soins, accès à la santé : quel rôle pour les élus locaux ?** ».
- **Octobre 2008** : SAINT-DENIS : 5^{ème} Journée d'étude « **Santé des jeunes : une préoccupation des élus locaux** ».
- **Décembre 2008** : PARIS : 6^e Journée d'étude - Colloque européen avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS – Lille) « **Élus et psychiatres : quelles bonnes pratiques selon l'OMS pour la prise en charge des malades psychiatriques dans la cité ?** »
- **Avril 2009** : LILLE : 7^e Journée d'étude « **Politique de santé et développement durable : comment croiser ces deux impératifs au niveau local ?** ».
- **Octobre 2009** : MARSEILLE : 8^e Journée d'étude « **L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique** »
- **Février 2010** : PARIS : 9^e Journée d'étude « **Santé mentale, SécuritéS et LibertéS – le rôle des élus locaux** ».
- **Septembre 2010** : PARIS : X^e Journée d'étude « **Journée de synthèse du séminaire sur la réduction des risques et les salles de consommation à moindre risque** »
- **Novembre 2011** : LE HAVRE : 11^e Journée d'étude « **Politique de santé et programme de réussite éducative, des synergies à construire à l'échelle locale** »
- **Janvier 2012** : PARIS : 12^e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : « **Citoyenneté et santé mentale** » - 1^e rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale (CLSM)
- **Mars 2013** : LYON : 13^e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : « **Villes et santé mentale** » - 2^e rencontre nationale des CLSM
- **Septembre 2013** : NANTERRE : Colloque international co-organisé avec l'Université de Nanterre et de nombreux partenaires - **Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires**. (*pas de publication*)
- **Septembre 2014** : NANTES : 15^e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? quels acteurs ? quels partenariats ?** 3^e rencontre nationale des CLSM

- **Novembre 2015** : PARIS : 16^e Journée d'étude avec la Ville de Paris, le Réseau environnement santé et le soutien de l'AP-HP et du Réseau français des villes-santé de l'OMS : **Santé environnementale : le pouvoir des villes**.
- **Décembre 2016** : RENNES : 17^e Journée d'étude ESPT et rencontre nationale du Réseau français des Villes-santé de l'OMS, manifestation organisé conjointement par les deux associations : **Politique locale : enjeux et dynamiques**
- **19 janvier 2017** : TALENCE : 18^e Journée d'étude ESPT co-organisée avec le CCOMS-Lille, 4^e rencontre nationale des CLSM : **Le CLSM : une révolution tranquille**.
- **12 et 13 décembre 2017** : MARSEILLE : 19^{es} Journées d'étude ESPT : Habitat et Santé mentale
- **A venir : fin 2018** : 20^e Journée d'étude ESPT : Santé et vieillissement : quel rôle pour les villes ?

Les Actes des différentes Journées d'étude sont téléchargeables sur le site : www.espt.asso.fr et disponibles en format papier sur simple demande.

ESPT contribue régulièrement à des **publications à destinations des élus et acteurs locaux**, en partenariat notamment avec Santé publique France, l'ARS Île de France, le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, l'Université Paris Nanterre ...

Exemples récents :

- **Promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de santé : un guide pour l'action à l'attention des élus et acteurs locaux**, brochure proposée par l'ARS IdF, l'Université Paris Nanterre, le laboratoire LADYSS et ESPT, fruit de la synthèse d'une recherche-action réalisée par la sociologue Julia Bardes
- **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : Intérêts d'une approche locale et transversale**, document de plaidoyer destiné aux élus des communes et de leurs groupements, proposé par l'INPES, ESPT et le RAVS OMS
- **L'évaluation d'impact sur la santé : Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables**, document proposé par l'INPES et l'UIES

Pour contacter l'association :

Par courrier : 14 rue Maublanc, 75015 PARIS
 Par téléphone : 06.71.61.18.05
 Par mail : contact@espt.asso.fr

SOMMAIRE

MARDI 12 DÉCEMBRE

12	OUVERTURE Laurent El Ghozi, président d'Élus, santé publique & territoires Norbert Nabet, directeur adjoint de l'ARS de Paca <i>/// Une défaillance technique n'a malheureusement pas permis l'enregistrement de l'intervention de Monsieur Nabet. Nous vous remercions d'avance de votre compréhension. ///</i> Patrick Padovani, adjoint au maire de Marseille, en charge de la santé, de l'hygiène, de la toxicomanie, du sida et du handicap, administrateur d'ESPT	78	QUID EST L' « INNOVATION » ? <i>Animatrice : Alexandra Fourcade, Adjointe au maire de Neuilly-sur-Seine déléguée à la santé et à la dépendance – Administratrice d'ESPT</i>
22	CE QU'« HABITER » VEUT DIRE... Retour sur la construction du film documentaire « Toit et moi » avec des usagers de la psychiatrie et des équipes de soin, en présence de la réalisatrice Séverine Mathieu, de l'assistante Aurore Plaussu, de participants à l' atelier cinéma de l'association dis-FORMES Laurent El Ghozi, Séverine Mathieu (réalisatrice), Marianne Jannez, Francine Frémery-Prioux, Jocelyne Peloso, Aurore Plaussu (assistante réalisatrice), Virginie Lehmann	82	<ul style="list-style-type: none">• Fondation de France : retour d'expérience sur 5 années de financement de projets innovants Karine Pouchain-Grépinet, Responsable du programme « Maladies psychiques » de la Fondation de France• Zoom sur trois « projets innovants »<ul style="list-style-type: none">> Évaluation de l'Intermédiation Locative Santé mentale (IML SM), Marseille Célia Chischportich, Consultante du Bureau d'étude Regards Santé> Où loger l'incurie ? Adrien Pichon, Psychologue, Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés Orspere – Samdarra> Un chez soi d'abord Pascale Estecahandy, Coordinatrice technique nationale du programme « Un chez-soi d'abord », DIHAL
36	HABITAT ET SANTÉ MENTALE, UNE VIEILLE HISTOIRE ? <i>Animateur : Patrick Padovani, Adjoint au maire de Marseille, Santé, Hygiène, Toxicomanie, Sida et Handicap – Administrateur d'ESPT</i>	89	<ul style="list-style-type: none">• Innovation ou retour aux sources ? Magali Coldefy, Maître de recherche à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), docteur en géographie
39	<ul style="list-style-type: none">• Témoignage d'une équipe de secteur Halima Zeroug-Vial, Médecin Psychiatre, Directrice de L'Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés (ORSPERE-SAMDARRA)	115	
45	<ul style="list-style-type: none">• Témoignage d'un bailleur social Alain Prévost, Expert Union Sociale pour l'Habitat (USH)	146	CONCLUSION Alain Ehrenberg, Président du Conseil National de la Santé Mentale
51	<ul style="list-style-type: none">• Témoignage d'un élu Laurent El Ghozi, Conseiller municipal de Nanterre délégué Ville universitaire – Président d'ESPT		
57	<ul style="list-style-type: none">• Histoire du secteur : qu'est ce qui n'a pas (assez) marché ? Nicolas Henckès, Sociologue et chargé de recherche CNRS, rattaché au Centre de Recherche, Médecine, Sciences, Santé mentale, Société (Cermes3)		

MERCREDI 13 DÉCEMBRE

154	TRANSITION Marianne Auffret, Adjointe au maire de Paris 14ème déléguée à l'Urbanisme et la Santé – Vice-présidente d'ESPT	232	« ARTICULER LES ACTEURS », C'EST À DIRE ? <i>Projection d'un extrait du film « Toit et moi »</i> Animatrice : Raghnia Chabane, Conseillère municipale de Mons en Baroeul déléguée à la Politique de la ville, la sécurité et la citoyenneté – présidente du CISSMC (Conseil Intercommunal de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté)
162	« ALLER VERS » : QUI ? COMMENT ? POURQUOI ? Animatrice: Riva Gherchanoc, Adjointe au maire de Montreuil déléguée à la santé, à l'égalité femme / homme, à la lutte contre les violences faites aux femmes et à la lutte contre les discriminations – Membre d'ESPT	236	• Organiser les acteurs à l'échelle du territoire : une synthèse des expériences développées dans des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) Jean-Luc Roelandt, Directeur du Centre collaborateur de l'OMS
166	• Pourquoi une Association francophone des équipes mobiles ? Laure Zeltner, Psychiatre, Présidente de l'Association francophone des équipes mobiles	242	• Développer la coopération entre les acteurs d'un territoire de proximité Dominique Testart, Directeur adjoint du centre hospitalier Édouard-Toulouse, administrateur du GCSMS Coordination marseillaise habitat et santé mentale
172	• De la mobilité dans le logement accompagné Sylvie Emsellem, Chargée de mission problématiques et partenariat, UNAF0	248	• Programmer du logement accessible aux personnes en souffrance psychique : leviers et contraintes Michèle Attar, Directrice générale Toit et joie
180	• Regard sur l'engagement de familles et aidants familiaux Bruno Voyer, Administrateur d'Espérance Hauts-de-Seine à Bagneux, filiale de l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)	256	• Quelle place pour les acteurs institutionnels dans l'amélioration des parcours de vie des personnes en souffrance psychique ? Anne-Sophie Lavaud, Adjointe au Directeur délégué à l'autonomie, Référente Santé mentale, Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine
186	• Enjeux de la visite à domicile Anne Quintin, Sociologue, chef de service Equipe Mobile Aurore	276	VERS DES RECOMMANDATIONS Marianne Auffret
		282	CONCLUSION Patrick Padovani Laurent El Ghazi
		288	SIGLES ET ABRÉVIATIONS
		294	BIBLIOGRAPHIE

**MARDI
12
DÉCEM
-BRE**

OUVERTURE

«• Laurent El Ghozi,

président d'Élus, santé publique & territoires

Bonjour à tous. Installez-vous vite. Je vais tout d'abord excuser l'absence de Mme la Préfète, qui a été retenue à Paris. La préfecture, l'État est bien représenté dans cette salle, évidemment, et je l'en remercie, mais compte tenu des modifications récentes à la tête de la préfectorale dans cette Région, il n'y aura pas de prise de parole de l'État. Néanmoins, je sais que vous êtes là, que vous écoutez, que vous rapporterez et que vous ferez en sorte que la nouvelle préfète tienne compte le plus étroitement possible de ce que nous aurons pu dire ici. Je vous en remercie.

Je suis Laurent El Ghozi. Je sais que beaucoup ne vont pas me reconnaître, parce que je n'ai pas de nœud papillon, le mistral l'aura emporté ! mais c'est bien moi, Président de l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique et je remercie vivement Patrick Padovani, adjoint au Maire de cette belle ville de Marseille de nous y accueillir pour ces 19^e journées nationales, consacrées aux liens étroits et bijectifs que la Santé mentale entretient avec l'habitat.

Je vais tout d'abord donner la parole au représentant du directeur général de l'ARS de Paca, monsieur Nabet que je remercie d'être présent.

«• Norbert Nabet,

directeur adjoint de l'ARS de Paca

Je vous remercie, Monsieur El Ghozi. Je suis Norbert Nabet. Je suis l'adjoint du directeur général de l'ARS de Paca. J'ai le privilège et le plaisir de venir dire deux mots devant votre assemblée. Merci, Patrick, pour la qualité du travail et l'engagement sans faille depuis des années sur ce sujet. C'est important, à Marseille. J'en profite pour saluer Alexandra Fourcade.

[...] Une défaillance technique n'a malheureusement pas permis l'enregistrement de l'intervention de Monsieur Nabet. Nous vous remercions d'avance de votre compréhension.

« Laurent El Ghozi

[...] *Coupure d'enregistrement*

Merci, Monsieur Nabet de votre présence et de votre soutien. La construction de politiques locales de santé ne peut se faire sans l'ARS, pas plus que le PRS ne peut se déployer sans le concours des collectivités locales. C'est ce que nous essayons de faire ensemble et c'est particulièrement essentiel pour la santé mentale. Marseille est assez précurseur et exemplaire dans ce champ. Je passe donc tout de suite la parole à Patrick Padovani qui en est responsable et que je remercie de nous accueillir à Marseille. À toi, Patrick.

« Patrick Padovani,

adjoint au maire de Marseille, en charge de la santé, de l'hygiène, de la toxicomanie, du sida et du handicap, administrateur d'ESPT

Merci, Laurent. D'abord, je prends note de ce que me dit Norbert : nous sommes la capitale européenne du sport, nous finissons l'année, il va donc falloir la finir au sprint si nous voulons, d'ici le 20 décembre, pouvoir remplir le cahier des charges demandé. Nous allons sprinter et nous inscrire dans cette démarche.

Bienvenue à tous dans notre bonne ville de Marseille.

[...] *Coupure d'enregistrement*

[...] Coordonner encore un peu mieux les acteurs. Si nous nous réunissons tous ici, c'est que nous sommes bien convaincus par la démarche. L'histoire de la santé mentale et du logement ne s'est pas toujours contée comme cela. Fouiller l'histoire peut nous permettre de déterminer à partir de quoi nous sommes devenus des apôtres de ce dogme, aujourd'hui. Les éléments de ce dogme sont-ils issus du médical, à une époque où la psychiatrie asilaire recule depuis les années 1970, en même temps qu'une autre façon de soigner tentait d'apparaître ? Ces éléments du dogme font-ils appel au médico-social, dans cette volonté de construire, au-delà du parcours de soins, des parcours de santé et surtout, des parcours de vie, avec cette mission d'intégrer, d'insérer dans la Cité, dans la société, de redonner de la dignité par une adresse personnelle, par un chez-soi, un chez-soi d'abord. On peut penser que les deux ont co-construit les premières réflexions. Pour évoluer sur des champs où les acteurs sont différents, il faut créer des espaces de concertation, des incubateurs de réflexion où se retrouvent usagers, thérapeutes, logeurs, travailleurs sociaux.

L'ébauche des CLSM était née, qui, de 1972 à nos jours, vont tenir une place d'instance de référence.

À Marseille, c'est en 2006 que ma collègue, le docteur Françoise Gonet met en place le premier CLSM sous ce nom de COSM. On y traite effectivement, comme dans tous les CLSM, des questions de prise en charge et d'accompagnement, des questions d'habitat, surtout, puisque nous sommes ici aussi dans ce cadre-là, d'accès et de maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques. Mobiliser de façon significative de nombreux acteurs dans l'organisation, capables de répondre aux besoins, patients, citoyens, dans la construction d'un projet de territoire structurant, c'est la mission que nous nous sommes donnée et que nous nous donnons aujourd'hui.

C'est dans ce contexte que cette coordination, ce conseil d'orientation a vu se construire un GCSMS, un Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social portant le titre « santé mentale et logement ». Il est au départ construit à partir de quatre instances, qui ont eu la volonté de s'engager : Habitat alternatif social, dont je salue ici la présence du directeur, M. Kérimel, la ville de Marseille, l'hôpital Édouard-Toulouse, dont je salue aussi la présence d'un certain nombre d'acteurs, et pas des moindres, engagés dans le logement, notamment notre collègue Dolorès Torres, et une structure d'usagers, Argos 2001, qui a participé à l'élaboration de ce premier GCSMS. Depuis, un certain nombre d'acteurs sont venus se positionner autour de cette table ronde, notamment les bailleurs sociaux. J'ai la chance également, dans les délégations qui me sont attribuées par le maire, d'être le président du conseil d'administration de l'office HLM de la ville de Marseille. Ceci permet aussi cela, parce qu'aux deux bouts de la chaîne, je suis peut-être en conflit d'intérêts par rapport à la thématique, puisqu'en étant également un acteur volontaire dans cette situation d'hébergement, j'y pourvois aussi par le fait de dégager des logements pour entrer de façon active dans ces missions-là.

Nous allons essayer, tout au long de ces deux journées, d'envisager ensemble comment, à travers tous les dispositifs existants, tels que nous l'avons dit, « *Housing first* » ou « 10 000 logements accompagnés » dans le domaine du HLM, nous allons pouvoir dégager des pistes de travail. Des pistes de travail aussi dans des interrogations, comme la position de l'intermédiation locative, qui n'apparaît pas souvent comme une évidence aux yeux de certains acteurs. Je pense donc que nous allons, ensemble, produire quelque chose au cours de ces deux journées, qui va nous faire avancer et faire avancer la thématique. C'est à ce sujet que je remercie Laurent d'être ici, à nos côtés, pour co-construire et continuer à accompa-

gner cette thématique importante du logement dans le cadre de la santé mentale.

Bonnes journées à nous tous, puisque que je serai au cœur de vos travaux tous ces deux jours. Je pense que, à l'image de tout ce qui se fait à Marseille, nous en tirerons des conclusions de qualité. Merci.

Applaudissements

« Laurent El Ghozi

Merci, Patrick, pour ces propos et cette introduction et surtout, merci de nous accueillir. C'est d'ailleurs la deuxième fois que la ville de Marseille accueille les journées d'Élus, santé publique & territoires, puisqu'en octobre 2009, nous avons fait une journée nationale d'étude sur l'Observation locale en santé, en essayant d'outiller les villes pour mettre en place des politiques locales de santé. Il n'y avait pas encore les contrats locaux de santé, mais il y avait déjà, depuis neuf ans, les ateliers santé ville. Or la démarche des ateliers santé ville suppose, impose ou demande qu'il y ait, au préalable, des outils pour continuer à piloter les politiques locales, et cela passe évidemment par une meilleure connaissance des réalités locales.

Pour ma part, je ne suis pas psychiatre. Je suis chirurgien hospitalier en retraite et président d'Élus, santé publique & territoires. J'y reviendrai tout à l'heure. Nous allons essayer de bien travailler pendant ces deux journées qui ont été co-organisées par Élus, santé publique & territoires, l'Orspere, Observatoire Régional de la Santé Psychique En Relation avec l'Exclusion de Lyon, fondé et longuement animé par Jean Furtos, le Centre collaborateur de l'OMS pour la santé mentale de Lille et évidemment, la ville de Marseille.

Nous allons essayer d'approfondir les raisons pour lesquelles cette question « habitat et santé mentale » se pose et se repose toujours avec autant d'acuité. On a inventé mille choses et on continue à estimer qu'il est nécessaire de se retrouver pour réfléchir à nouveau, essayer d'inventer encore autre chose. J'ai regardé dans mes archives, dans mes papiers, le nombre de colloques auxquels j'ai participé qui traitaient de ces questions, « logement et santé mentale », « habitat et santé mentale », « santé mentale et exclusion, précarité », que ce soit par l'entrée des préoccupations des élus ou par l'entrée de la santé, par l'entrée de la Dihal – délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement – puisque pour d'autres populations, ceux qu'on appelle les gens du voyage, je m'intéresse aussi à cette question de l'habitat et de la précarité. Bref, année après année, réforme après réforme, innovation après innovation, c'est la même

impuissance collective, alors qu'au moins depuis le rapport Strohl– Lazarus, qui remonte à 1995, nous savons que sans logement, il n'y a pas de soins possibles et que ceux qui n'ont pas de logement vont nettement plus mal que ceux qui ont la chance d'en avoir un. Colloques, séminaires, recherches se succèdent avec les mêmes conclusions, comme autant d'injonctions à tous les acteurs : « ensemble », « partenariat », « parcours » et donc, « logement d'abord », bien sûr, « coordination », « prévention »... Tout cela, on le répète à satiété depuis que je l'entends, c'est-à-dire depuis bientôt trente ans, avec, finalement, toujours les mêmes questions. Patrick l'a rappelé. Pourquoi une telle intensité dans l'injonction et une impossible ou si difficile mise en œuvre, alors qu'il semblerait que la seule application des bonnes pratiques professionnelles et de la loi, colorée par un peu d'empathie et de fraternité, devrait suffire ? Je pense que cette question de notre impuissance à résoudre témoigne évidemment de quelque chose dans la société. Je vais essayer d'apporter quelques idées qui, bien sûr, n'engagent que moi, mais qui peuvent peut-être alimenter nos réflexions sur le contexte, aujourd'hui.

Il me semble en effet qu'il existe une tension croissante, une tension terrible, que tout le monde sent, j'imagine, en tout cas, qui me perturbe, moi, une tension dramatique entre deux volontés opposées. D'une part, les politiques sanitaires et sociales s'efforcent de dessiner une société inclusive, solidaire, sans discrimination, où il n'y aurait pas de sans domicile fixe, sans pauvreté, du RMI au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, à la mise en place du Conseil national de lutte contre les exclusions, voire au tout nouveau plan d'éradication de la pauvreté des enfants, confié à un nouveau délégué interministériel... Bref, il y a une volonté affichée sur la question du logement. Il y a, de la part du secteur sanitaire et social et des ministères qui l'encadrent, une apparence de volonté d'améliorer les choses. Cela fait appel à des ressources collectives, partenariales, de coordination, de progrès partagé, globales, transversales, holistiques, pour essayer d'embarquer tout le monde dans cette aventure du mieux-être pour tous, les acteurs et les usagers, parfois citoyens, pour trouver des solutions afin de mettre en commun le peu qui reste de moyens disponibles. Injonction descendante : on nous dit à tous que c'est ainsi qu'il faut faire, mais aussi évidence pour les acteurs qui se préoccupent du sujet souffrant.

Pourtant, la loi SRU, qui a vingt ans et allait dans le bon sens n'est toujours pas respectée, de même que l'encadrement des loyers que l'on est en train de démolir...

Ainsi, d'un autre côté ou « en même temps » et a contrario, l'individualisme, le chacun pour soi, l'exaltation de la réussite individuelle, sans laquelle on n'est rien, deviennent aussi injonction dans une société éclatée,

où les peurs entretenues produisent des solutions strictement personnelles, où le modèle suprême est l'autoentrepreneur et où l'échec dénoncé altère la santé mentale de chacun.

La réponse sociétale, sans s'interroger sur les causes et moins encore sur les moyens, renvoie chacun à sa responsabilité. Nous sommes alors, tous en tant que professionnels, usagers, élus... responsables de ces situations et donc, face à cette impossibilité à trouver des solutions, la réponse institutionnelle multiplie les outils, les dispositifs plutôt que de s'attacher aux causes.

Ainsi, à titre d'exemple, en novembre 2009, suite à la mise en place du Dalo, une plaquette fabriquée par pas moins que la DGAS, la DGALN et la DHUP, préfacée par la ministre Mme Boutin, qui affirmait que nous avions une obligation de résultat – c'était le « zéro SDF » à la fin du mandat –, énumère une bonne trentaine de dispositifs. C'était en 2009. Je suis sûr qu'il y en a au moins une dizaine de plus. Modes de logement, accompagnements, chacun prétendument adapté à un public spécifique non ou mal logé, doté d'un financement spécifique, avec des acteurs particuliers et éclatant les populations précaires, les populations en difficulté, à partir d'un étiquetage de la cause, supposée unique, de leur précarité : la pauvreté, le handicap, le chômage, la maladie, l'âge, la pathologie psychiatrique, la pathologie somatique, voire l'origine... Chacune de ces entrées focalise ou dessine une sous-population pour laquelle on définit une sous-réponse qui révèle une fragmentation soulignant, je crois, en tout cas, je le sens ainsi, l'acceptation de notre impuissance. On multiplie les dispositifs, on saupoudre de ci, de là, pour éviter d'avoir une pensée, une réponse un peu plus globale.

De même, la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 scande « tous ensemble, tous ensemble ! » à chaque chapitre pour mutualiser le peu de moyens mobilisables et, devant l'impuissance rétive du système, demande aux personnes concernées elles-mêmes de savoir ce qu'il faut faire, le tout sous couvert de démocratie en santé : projet de vie, participation, patients experts... Patients experts mais le plus souvent, bénévoles. Son article 69, dont on ne peut que se féliciter, est consacré au renouvellement de la politique de secteur : il consacre le CLSM, conseil local de santé mentale – nous en avons suffisamment été acteurs pour en être contents –, appelle les élus à s'engager et en même temps, affirme que le logement, l'habitation est un impératif sans lequel il ne peut y avoir de soins. Mais sans moyens ni outils, ni responsabilité. Qui est responsable de cette affaire-là ? Qui est responsable de loger ceux que personne ne veut voir dans son appartement et encore moins, à côté de chez lui ?

Depuis vingt-cinq ans maintenant, j'ai moi-même fait, je crois, 150 interventions un peu partout pour plaider en faveur de ce travail collaboratif, ce partenariat, cette collaboration avec les usagers citoyens, la responsabilité incontournable des élus locaux pour mettre en musique, pour animer, pour donner du sens, pour contribuer à faire vivre cette « société solidaire et vivace » chère à Durkheim pour prévenir la souffrance psycho-sociale et le suicide. Je l'ai fait, comme beaucoup d'entre vous, beaucoup d'entre nous, avec conviction, avec persévérance, jusqu'à ce que je lise ces titres du *Monde*, barrant toute la une. Le 30 novembre, je lis : « Santé : les dépassements d'honoraires atteignent un niveau record ». Et le 1er décembre, le lendemain : « Immobilier : les prix s'envolent, les inégalités se creusent ». De qui se moque-t-on ? Nous sommes bien dans notre sujet. Peut-être que l'on pourrait trouver, dans ces deux titres et les articles qui suivent, quelques pistes d'explication de nos difficultés ou peut-être plutôt de celles des publics fragiles, précaires, malades, isolés, souffrant de troubles psychiatriques. Comment continuer à tenter de construire ensemble, quand ailleurs, on provoque, on valorise, on profite sans vergogne des fractures que nous essayons de réduire ? Comment continuer à faire cela dans un contexte où finalement, d'un côté, l'on essaie de fabriquer, l'on se bat – vous êtes tous là, plus de 250 personnes qui sont venues écouter ce que nous allons raconter et essayer de trouver des solutions ensemble – et où en même temps, deux titres consécutifs du *Monde* montrent que finalement, tout cela n'est que poussière ?

C'est donc avec colère que j'aborde ces deux journées. Colère devant ces contradictions hypocrites, insupportables et évidemment, délétères pour tous, pas simplement pour les personnes dont on parle, mais pour toute la société. Colère, mais aussi espoir en votre capacité à interroger nos pratiques, à évaluer nos actions, à inventer sans exclure pour que chaque personne vivant avec des troubles psychiques, chaque enfant susceptible d'en développer faute d'un toit stable, puisse, demain, être logé dignement et accompagné autant que nécessaire. Et j'espère que ce ne sera pas un vœu pieux de plus. Je vous remercie et nous souhaite des travaux productifs et des échanges chaleureux.

Merci.

Applaudissements

Cela ne veut pas dire que je sois désespéré. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas continuer, mais quand même, il faut dire un certain nombre de choses et que ce soit entendu par tous.

Je vais maintenant passer la parole au film, merci Frédérique. Frédérique Maroselli, chargée de mission pour l'association Élus, santé publique & territoires, et Agnès Bensussan, coordinatrice du Cosm à Marseille, ont largement été les chevilles ouvrières de ces rencontres et nous ont aidé à la réflexion et à la construction de ces deux journées. Il faut les en remercier.

CE QU'«HABITER» VEUT DIRE...

*Retour sur la construction du film documentaire « Toit et moi » avec des usagers de la psychiatrie et des équipes de soin, en présence de la réalisatrice **Séverine Mathieu**, de l'assistante **Aurore Plaussu** et de participants à l'atelier cinéma de l'association dis-FORMES.*

«• Laurent El Ghozi

Nous avons voulu commencer ces deux jours par une rencontre avec ceux au nom desquels nous parlons si souvent : c'est l'objet de ce film dont je remercie vivement les réalisatrices et tous les acteurs.

Je vous donne la parole. Je vous laisse vous présenter et présenter ce que vous avez à nous dire.

«• Séverine Mathieu, *réalisatrice*

Bonjour. Passer la parole au film, c'est une belle formule. Nous allons essayer de parler un peu avant d'introduire le film. Je m'appelle Séverine Mathieu. Je suis la réalisatrice du film *Toit et moi*. Peut-être que chacun peut se présenter.

«• Marianne Jannez

Je suis infirmière au CMP de la Belle de mai, secteur 12, docteur Torres. J'accompagne l'atelier « *Toit et moi* » tous les mardis après-midi depuis un an et demi.

«• Francine Frémery-Prioux

Je suis infirmière à l'hôpital de jour Camille Claudel, secteur 12, docteur Torres. J'ai intégré l'atelier depuis janvier dernier et cela a été tout un plaisir pour moi.

«• Jocelyne Peloso

Je participe à l'atelier « *Toit et moi* ». Cela me fait beaucoup de plaisir, même si quelquefois, c'est un peu difficile. J'habite dans une famille gouvernante et ce n'est pas toujours facile. Mais je suis là pour créer un objet d'art vivant.

«• Aurore Plaussu, *assistante réalisatrice*

Bonjour. Je suis assistante sur le film et dans les ateliers, avec Séverine, depuis maintenant deux ans, depuis que le projet de film s'est mis en place.

«• Virginie Lehmann

Je suis éducatrice spécialisée dans le secteur 11, le CMP de Pressensé. Je suis en construction et en projet depuis un an et demi aussi. Je participe aux ateliers et à la construction de ce film.

«• Séverine Mathieu

Merci de nous avoir demandé d'ouvrir le colloque. C'est un honneur.

Au-delà ou en deçà de l'atelier, il y a donc un projet de film. *Toit et moi* est un film qui porte sur « l'habiter », « l'habiter » en tant que processus, une façon particulière d'être présent au monde et à autrui. J'emprunte à Heidegger et à Ivan Illich. La manière dont j'ai défini « habiter » n'est pas tant se loger, être abrité, avoir un logement, être hébergé. J'ai plutôt essayé de cerner la façon dont se définit la présence au monde et à l'autre à travers un logement et à travers une présence dans la ville. Je pense qu'habiter n'est facile pour personne, que c'est un processus complexe, qui est autant existentiel, voire spirituel, que matériel.

Pour soulever cette problématique, j'ai pensé qu'interroger et mettre en scène des personnes qui ont une présence particulière était une façon d'en éclairer les facettes, en essayant toujours d'attraper ces facettes dans leur dimension universelle. J'ai donc voulu faire un film qui parle de ceux qui ont une présence particulière, une sensibilité singulière. Mais ce faisant, j'espère que leur présence éclairera celle de tous. Pour élaborer ce film, j'ai donc ouvert un atelier d'écriture et de cinéma, qui s'est développé dans un

lieu d'art contemporain, la Compagnie, dans le centre-ville de Marseille. Ce lieu de création occupe la même rue qu'une des structures de soins, le CMPP Pressensé. Tous les mardis, les personnages du film sont venus y déposer des récits qui leur sont propres et à travers lesquels ils parlent de leur présence au monde et à autrui via leur logement. C'est donc un film qui a été co-écrit, au sens que chacun des personnages – ils ont été une dizaine – est venu avec des textes, dont la consigne était non pas tant de témoigner d'une réalité concrète, mais de témoigner de cette problématique qui était : comment chacun arrivait à être présent au monde et à autrui. Je leur ai demandé d'écrire des textes qui étaient soit un souvenir, soit une fiction, soit un rêve, de façon à attraper la dimension imaginaire de « l'habiter ». Au fur et à mesure de l'atelier, qui a duré deux ans, chacun s'est défini à travers un personnage. Personnage imaginaire dont chacun s'habille et qui lui permet de tenir dans la ville. Parce que finalement, il s'agit bien de tenir.

Je vais passer la parole à Jocelyne, qui va vous raconter comment a été cette traversée de l'écriture.

«• Jocelyne Peloso

Merci, Séverine. Guidés par Séverine, réalisatrice, et Aurore, assistante, et leur équipe, cinq personnes dont moi-même participons au projet « *Toit et moi* ». Nous sommes usagers de la psychiatrie. Il ne faut pas trop le dire, parce que cela fait peur, cela dérange et déstabilise, faisant effet miroir à notre monde bien déséquilibré. Wilfred, Nicolas, Khadidja, Roger et moi-même, Jocelyne, se sont prêtés au jeu de cet atelier, se créant des personnages. Le focus, c'est habiter dans son chez-soi, habiter la ville, créer un objet d'art vivant qui retrace nos expériences, nos péripéties, nos espoirs de nous en sortir au bout du compte.

Wilfred nous fait vivre sa folie et connaître le Marabout, où il habite, comme un géant protégeant ses résidents. Nicolas, l'élève philosophe, se concentre sur la formule ultime unissant mathématiques et sciences exactes, avec quelques pérégrinations autour d'une pizza. Khadidja nous raconte son parcours de combattante, comment elle a réussi à trouver, dans une ruelle, un local à poubelles qui devint sa maison provisoire dans la dignité. Roger part à la conquête d'un théâtre en Indien dans la ville. Moi, Jocelyne, commence par me décrire au sein d'une famille gouvernante, entre tensions et découverte de soi, comme une guerrière sans armes. Je voyage grâce aux transports en commun dans un Marseille offrant l'anonymat. Tous élaborent des écrits aboutissant à des scénarii

qu'ils ont créés chez eux ou dans la matrice de l'atelier, des récits entre raison et déraison, explorant de multiples facettes au fur et à mesure des séances et des résidences.

L'objet « *Toit et moi* » se fait et se défait au sein de l'équipe, qui contribue, par ses interventions, à redéfinir ces scénarii. Nous éprouvons du plaisir et traversons inévitablement des angoisses, dévoilant ainsi nos personnalités.

Merci.

Applaudissements

«• Séverine Mathieu

Au fur et à mesure de l'atelier, le point de vue du film s'est élaboré. Je crois que le film essaie d'attraper la tension entre deux piliers, qui sont, d'une part, le logement et d'autre part, la ville. Somme toute, habiter passe par un logement. Mais j'ai l'impression que les logements en ville à la fois apaisent et attisent les sentiments et les émotions, qu'ils soient individuels ou collectifs. Apaisent, parce que quelque chose de la présence au monde se fait à partir de là, mais attisent la solitude – je pense à Nicolas, qui n'a cessé de dire qu'il cherche la réconciliation avec l'autre – ou attisent les passions humaines, les conflits, quand le logement est collectif. Documentant ces deux pôles, le film s'élabore sur la question du mouvement. J'ai l'impression qu'il y a de « l'habiter » quand malgré l'arrêt, du mouvement demeure. Si bien que la fuite sera un motif structurant dans le film, mais une fuite qui peut être à l'arrêt, une fuite qui peut être immobile, en tout cas, entre fuites et arrêts, un rapport provisoire à « l'habiter » qui demeure toujours et le rend vivant. C'est ce mouvement, qu'il soit visible ou invisible, que le film tente d'attraper, ce mouvement qui va avec le fait que quelque chose de provisoire, quelque chose d'éphémère s'inscrit pour eux dans « l'habiter ».

Peut-être pouvons-nous lancer les rushes du film. Ce que nous allons vous présenter, ce sont une vingtaine de minutes, qui sont quelques scènes assemblées. Il ne s'agit pas d'un montage, il ne s'agit pas encore d'un film. Nous sommes en cours de travail. Mais nous pouvons vous présenter trois des personnages.

Projection de rushes du film «Toit et moi».

«• Laurent El Ghozi

Merci pour ce magnifique travail et ce beau film qui nous oblige à réfléchir, à nous décaler de nos positions de décideurs, à entendre ce qu'habiter veut dire.

Je suppose que vous avez des commentaires ou des envies de prise de parole et vous passe le micro.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

« Un participant

Un grand merci, déjà pour rendre visible ce que nous avons pu expérimenter dans le cadre d'accompagnements orientés vers le rétablissement. Cela m'a beaucoup ému, parce que cela m'a permis de revoir de nombreuses personnes que je connais bien, dans des intimités que j'avais pu partager avec elles. Je trouve vraiment que c'est un superbe travail que de pouvoir exposer ce type de relations entre les gens et ce que ces personnes peuvent montrer d'elles-mêmes, en dehors de tous les discours que l'on a eu l'habitude d'entendre, notamment sur la question de la schizophrénie, sur l'idée que si un schizophrène faisait de la philosophie, ce serait forcément vide, cela n'aurait pas de sens. Mais nous voyons Nicolas, et je trouve cela extrêmement émouvant. Je crois qu'il est très riche de montrer le quotidien de ces personnes, dès lors que l'on donne la possibilité de s'inscrire dans un quotidien qui a du sens. Merci beaucoup.

« Séverine Mathieu

Merci. Ce qui m'intéresse c'est d'attendre le moment où ils me montrent, nous montrent ce qu'ils ont en eux. Le dispositif du filmage est désormais comme cela : le travail de l'écriture leur a suffisamment permis d'élaborer les choses pour qu'ils en arrivent à avoir des idées de scènes qu'ils ont envie de montrer. J'attends ce moment-là : le moment et la façon dont ils se montrent. Finalement, j'attends le moment où le film est invité par eux à partager cette intimité, qui évidemment, n'est jamais totale, parce qu'il y a une caméra, une équipe. Nous ne cherchons pas à nous faire oublier, mais l'intimité se construit avec nous. Cela n'empêche qu'ils font œuvre de mise en scène, c'est-à-dire qu'ils délimitent ce qu'ils veulent bien que nous filmions et comment ils veulent bien que nous le filmions. Ils continuent le processus de l'écriture à travers une mise en scène à l'intérieur de la scène, m'invitant, nous invitant à venir filmer telle ou telle chose, et à l'intérieur de chaque situation, déterminant comment ils veulent que nous filmions.

« Docteur Dolorès Torres

Merci pour ce magnifique travail. Je voudrais que tu expliques un peu plus cette construction, parce que cela n'a rien à voir avec tous les documentaires que nous avons sur le logement, où l'on pose une caméra et où l'on regarde les gens. Là, c'est tout à fait autre chose et je crois qu'il faut insister là-dessus. En fait, c'est une construction artistique, qui mêle l'art et la question de la manière dont on vit sa folie dans la cité, c'est-à-dire comment l'on habite sa propre folie en trouvant de petits arrangements avec l'autre, l'autre pris dans un sens très large. Peux-tu insister là-dessus ? Je crois que c'est vraiment l'intérêt de ce travail remarquable, qui, de plus, s'inscrit dans le temps. Il y a vraiment tout un processus de construction, et la temporalité est essentielle.

« Séverine Mathieu

Ce qui m'intéresse, c'est de « faire avec », pas de « faire sur ». Ce projet est né après une dizaine d'années d'ateliers cinéma en milieu psychiatrique, notamment à Édouard-Toulouse et ensuite, à l'AP-HM. Pendant dix ans, j'ai travaillé avec des usagers de la psychiatrie à faire des films ensemble, des films de fiction qui ont eu une certaine diffusion et qui étaient une façon de nous rencontrer autour d'objets que nous élaborions ensemble. Ce projet-là, qui n'est pas un film d'atelier, qui est un film documentaire, provient néanmoins de cette expérience que j'ai de « faire avec » des groupes de patients et de soignants.

Pour préciser ce que tu dis, il faut que je reparte de l'écriture. La consigne, dans les deux années d'écriture, était certes de témoigner de leur réalité, mais toujours en leur demandant d'écrire, ce qui veut dire pas tant par la parole que par l'écrit, ce qui consiste donc quand même à élaborer un objet plus ou moins littéraire, mais en tout cas, d'élaborer un objet à travers lequel je leur demandais de raconter soit un rêve, soit un souvenir, soit d'inventer une scène qui serait illustrative de leur manière d'habiter. Nous sommes donc toujours entrés par la notion de l'imaginaire. L'imaginaire tend vers la réalité, traduit une réalité. Bien sûr, Jocelyne, en parlant de la « maison gouvernante », vous avez témoigné de votre réalité, mais toujours par un rêve, par une situation qui étaient tous plus ou moins de l'ordre de la dramaturgie. C'est-à-dire que je vous ai toujours poussés à chercher la dimension dramaturgique, voire théâtrale ou littéraire dans les situations que vous racontiez. Et Dieu sait s'il y avait matière, dans vos relations avec vos quatre colocataires, à attraper une

dramaturgie qui est presque de l'ordre de la fiction ! Il y a des moments où vous aviez pour référence Shakespeare et d'autres pour essayer d'attraper ce qu'il y avait de presque romanesque. À l'issue de ce travail d'écriture, chacun a défini un personnage qui finalement, lui permettait de tenir dans la ville. Pour Jocelyne, ce fut une combattante, pour Khadidja, qui n'est pas là, une guerrière... Non, c'est l'inverse, je me trompe. Nicolas, lui, a beaucoup parlé du personnage de l'Étranger, se voyant comme un double de l'Étranger, et Roger, qui n'est pas là, comme un Indien. Il arrivait à définir sa posture dans la ville comme celle d'un Indien qui est à la fois dans la ville, mais un peu en dehors. Le travail sur l'imaginaire leur permet de mesurer qu'il s'agit de mettre en scène un personnage qui est certes proche de leur réalité mais qui, pour autant, n'est pas tout à fait leur personne, qu'il y a un écart entre la personne et le personnage et que le film essaye de saisir ce qu'ils veulent bien nous montrer et nous donner à voir. C'est ce que permet le personnage. Il permet de s'écarter, de ne plus être au taquet du réel et de leur laisser leur part de créativité jusqu'en tournage, puisqu'aujourd'hui, ce sont eux qui viennent nous chercher en nous demandant de filmer telle ou telle chose.

Voilà ce que je peux répondre à cette question.

«• Une participante

Est-ce que vous pouvez expliquer ce qu'est une maison gouvernante ?

«• Jocelyne

C'est comme un foyer de vie, là où habite Wilfred, au Marabout. Nous avons nos chambres particulières et nous avons des moments en commun. Tous les matins, nous avons une gouvernante qui nous aide à faire le ménage dans les communs, dans nos chambres, et nous préparons les repas en commun. Nous mettons la table, nous faisons la vaisselle en commun et donc, cela peut susciter des moments de partage, mais aussi, des moments de tension. En ce moment, je suis très tendue et je ne sais pas si je vais rester longtemps dans la maison gouvernante. De toute façon, je vais être obligée de partir, parce que je n'ai pas suffisamment de moyens pour payer. Mais quoi qu'il arrive – je dois attendre encore –, cela aura été une bonne expérience. Je dois dire que l'équipe m'a beaucoup aidée. Séverine, Aurore et Virginie, et même Marianne, vous m'avez beaucoup aidée à traverser cette épreuve, parce que cela a été une épreuve

difficile. Je me suis battue pendant deux ans. J'étais en clinique post cure à la Bastide et je me suis battue pendant deux ans pour avoir une place en maison gouvernante, mais malheureusement, c'est comme dans toute colocation : il y a des hauts et il y a des bas. Mais cela permet quand même de se re-sociabiliser. J'espère que j'ai répondu à votre question.

«• Une participante

Quelle est la différence entre les foyers de vie et les appartements thérapeutiques ?

«• Jocelyne

Cela va être un peu difficile de vous répondre, parce que je ne le sais pas.

«• Virginie Lehmann,

éducatrice spécialisée

Les maisons gouvernantes sont portées par des organismes tutélaires. Elles ne sont donc à destination que d'un public assez ciblé, c'est-à-dire des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection. C'est une première base. Ensuite, les différences se font dans les types de règlements intérieurs, dans les personnes qui accompagnent les personnes au quotidien. En l'occurrence, c'est une maison gouvernante, donc celle qui a une grande place à l'intérieur de la colocation, en plus des colocataires, est la gouvernante, qui, en fait, est une espèce de... gouvernante ! Je ne peux pas le dire autrement. C'est une personne qui les aide dans leur quotidien et qui, parfois, gouverne la maison. Ce n'est pas la même chose dans les résidences sociales, ce n'est pas tout à fait la même chose dans les maisons relais. Cela permet de rebondir sur la multiplicité des dispositifs existants, qui font qu'a priori, en participant à ce projet, on ne peut pas le regretter. C'est une richesse, et chacun peut y trouver sa petite mayonnaise à faire pour y habiter un petit moment. C'est aussi très, très bien. Les différences entre appartement associatif thérapeutique, appartement... peuvent perdre, mais en même temps, quand vous les connaissez bien, cela permet de vous dire : « c'est plus adapté à moi, dans ce moment de vie ».

«• Jocelyne

Effectivement, je suis sous tutelle. Il y a deux patientes qui sont sous tutelle et trois sous curatelle renforcée. Dans une certaine mesure, cela me protège, parce que j'ai des contraintes et que j'y adhère. Dans une autre mesure, je me sens un peu privée de liberté. Mais si je veux en tirer la conclusion, je dirai que cela a été un bon passage dans ma vie, pour une ancienne usagère de la « psychiatrie », et c'était bien.

«• Un participant

Je vous remercie pour la beauté de ces images et en particulier, comme par hasard, c'est à Marseille, mais c'est le rapport que vous avez induit par vos images entre cette ville et ce quartier, en particulier, qui fait habiter des gens, au-delà des lieux dont vous avez parlé... Tous les gens non seulement ont habité dans un lieu, mais ils habitent dans ce quartier. Et cela, c'est particulièrement bien montré, même si l'on peut regretter qu'un local à poubelles ne puisse pas être habité. En tout cas, quand on connaît des personnes que l'on voit dans le film, on ne peut qu'être touché par le fait que tout d'un coup, leur parole est restituée, comme si c'étaient des voisins. Non seulement vous avez filmé des gens, mais vous avez filmé cette ville de manière remarquable et en particulier, dans des coins où l'on ignore ce type de solidarité. Je ne sais pas comment vous avez fait, mais bravo.

«• Séverine Mathieu

Parfois, je les suis. Je le mets plus au présent qu'au passé, parce que nous sommes vraiment en cours, mais cela m'intéresse vraiment de les suivre et de regarder la ville par leurs yeux. Finalement, c'est ce que je fais : regarder la ville par leurs yeux. Ils s'y inventent du crédit inversé, comme le fait Nicolas, ils s'y inventent une manière d'arroser les plantes et les arbres qui en quelque sorte, définit « l'habiter ». Finalement, Khadidja s'occupe du lieu, et s'occupant du lieu, elle l'habite. J'ai eu envie de définir « l'habiter » comme cela, non pas comme une histoire de logement, mais comme une histoire de processus et d'acte. S'occuper de la terre, parce que l'on parle quand même de terre, quand on arrose les plantes, quand on parle d'habiter, c'est cela : comment on habite la terre. Ce faisant, cela déplace la définition de « l'habiter » et cela déplace la façon dont on regarde la ville, puisque finalement, la ville n'est plus asservie à un usage, à l'usage que les

gens qui sont dans la raison en ont, mais à un autre usage. Donc d'autres lieux et une autre façon de vivre la ville, d'autres orientations. Nous, ce qui nous oriente, c'est souvent d'aller à un endroit où nous avons un objectif. Leur orientation est différente, mais pour autant, il y a de l'orientation, et cela m'intéresse d'arriver à attraper et de comprendre, de les suivre dans cette orientation, dans la façon qu'ils ont de se repérer. Wilfreed, qui est le premier personnage que l'on voit, a énormément de mal à sortir du Marabout. Finalement, il sort très peu. Son monde se résumera à la rue qui passe devant le Marabout. Mais cela fait une façon particulière de vivre la ville, et c'est ce qui me touche. Je montre l'envers de la ville ou ses replis, dans les plis de ce que l'on connaît, mais en tout cas, elle existe, elle donne à voir la ville autrement. Cela, c'est une question de cinéma, choisir la manière de regarder et choisir le point de vue à partir duquel on regarde.

Je dois remercier les gens qui nous suivent et notamment, l'hôpital Édouard-Toulouse, la Fondation de France, l'ARS et le Conservatoire à l'égalité des chances. Je dois remercier aussi Franck Lescroël, qui, à partir des ateliers santé ville, pilote le comité de suivi qui accompagne le film depuis sa naissance, qui réunit des professionnels de la question de l'habitat et de la santé mentale et qui, une fois tous les trimestres, se réunit avec nous pour faire rebondir les questions que soulève le film et qui donnent de la perspective au film, qui me permettent de me décrocher du réel. Je vous remercie tous.

Applaudissements

«• Laurent El Ghazi

Il me reste à vous remercier, en gardant en mémoire ces images, ces regards, cette ville où chacun doit trouver sa place.

Merci à vous de nous avoir donné à voir non seulement la ville, mais les modalités d'habiter. Si ces journées s'appellent « habitat et santé mentale » et non pas « logement et santé mentale », c'est bien parce que ces questions nous préoccupent. Il ne s'agit pas seulement de quatre murs et d'un toit, mais de ce que l'on y fait, de la vie qui s'y passe, des rencontres possibles. Merci encore pour ce beau témoignage.

Nous allons continuer avec la table ronde qu'anime Patrick Padovani. J'appelle donc Patrick Padovani, Halima Zeroug-Vial, Alain Prévost et Nicolas Henckès.

Un mot sur la poursuite de cette journée, avant de te passer la parole, Patrick. Après ce témoignage, qui, évidemment, mériterait que l'on prenne le temps de l'assimiler, de le digérer, d'en faire quelque chose, nous aurons quatre tables rondes au cours de ces deux jours, chacune animée par un élu local membre d'Élus, santé publique & territoires. La première, tout de suite, est un retour en arrière, avec quatre points de vue croisés de psychiatres, d'élus, de bailleurs et de sociologues, que Patrick va animer. Cet après-midi, nous chercherons à faire le point sur l'innovation, je l'ai déjà évoqué, tout ce que l'on essaie d'inventer, de produire, de changer, à partir de trois projets reconnus comme tels, encadrés par une réflexion sur ce qui s'invente et sur le sens de ce qui s'invente ou ce que l'on essaie de lui donner comme sens. Nous souhaitons avoir un économiste de la santé pour essayer de nous dire comment les financements, les multiples financements, appels à projets, appels à manifestation d'intérêt, de fondations et autres, produisaient ou non de l'innovation, soutenaient ou non les projets intéressants ou au contraire, enfermaient dans des schémas anciens. C'est Alexandra Fourcade, élue de Neuilly, qui animera cette table ronde. En fin de journée, Alain Ehrenberg, président du Conseil national de la santé mentale, nous fera l'honneur de nous proposer quelques réflexions sur cette journée.

Dès demain matin, soyez à l'heure : nous commencerons tambour battant par une transition entre les deux journées, proposée par Marianne Auffret, élue du 14^e arrondissement de Paris et vice-présidente de ESPT, qui nous dira ce qu'elle aura entendu, comment elle attend la suite, comment elle entend la suite, puisqu'il y aura, encore une fois, deux tables rondes, que je vous laisserai découvrir.

Je passe la parole à Patrick.

HABITAT ET SANTÉ MENTALE, UNE VIEILLE HISTOIRE ?

Animation : Patrick Padovani, adjoint au maire de Marseille délégué à la santé, à l'hygiène, à la toxicomanie, au sida et au handicap, administrateur d'ESPT

« Patrick Padovani

Merci, Laurent. Tu l'as déjà évoqué dans ton propos introductif, et j'en ai parlé aussi : ces sujets sont une sorte de fil rouge tout au long de la prise en charge d'un parcours de vie, d'un parcours de santé. Quelques éléments vont nous permettre de nous apporter un regard un peu différent, selon les acteurs engagés :

le témoignage d'une équipe de secteur, qui nous dira comment l'on repère, comment l'on accompagne, comment l'on inclut ;

le témoignage que tu nous feras d'un élu, où tu diras quelle est notre position, quelle est notre place, entre ce qui se construit et comment on l'intègre dans des politiques qui souvent, sont des politiques qui ne sont pas toujours celles que l'on voudrait voir adopter, et la difficulté que nous avons à inscrire notre action, notre volonté d'agir, dans des parcours municipaux qui ont d'autres objectifs, d'autres préoccupations, et que nous essayons de défendre au maximum à travers les différents axes ;

le témoignage d'un bailleur social, qui nous dira comment le mot « social » prend sa dimension et comment un bailleur social, au lieu de se contenter simplement d'être un acteur qui loge, peut être, comme nous l'avons vu dans le film, un acteur qui lui aussi, participe à habiter son logement. Il nous dira aussi comment ce bailleur peut être contraint dans son exercice par une situation qui lui est aujourd'hui un peu particulière, un peu en parallèle, parce que dans sa vocation de loger, il n'a pas une vocation à faire ce que j'appellerai – et qui ne devrait pas choquer les gens tel que je le dis, mais qui peut en choquer quelques-uns – de la discrimination positive. C'est toute l'ambiguïté qui existe autour des commissions d'attribution dans le logement et de la prise en charge des acteurs inscrits dans des parcours particuliers ;

enfin, comme l'a dit aussi Laurent dans son propos introductif, nous sommes toujours là, nous essayons toujours d'avancer, nos congrès, nos conférences, nos parcours, nos journées font que nous sommes toujours dans l'interrogation et que chaque fois que nous avons ouvert une porte, une autre se présente devant nous. Décrire aujourd'hui ce qui ne va pas et ce qui a marché sera sans doute aussi une étape importante.

Vous avez une quinzaine de minutes pour nous expliquer ce que sont les actions que nous venons d'évoquer. Ensuite, nous échangerons avec la salle à propos de votre parcours. Je pense que nous laisserons les intervenants s'exprimer et que nous ferons le débat global en fin de table ronde et non après chaque intervention.

TÉMOIGNAGE D'UNE ÉQUIPE DE SECTEUR

«● Halima Zeroug-Vial,

médecin psychiatre, directrice de l'Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés Orspere – Samdarra (Observatoire régional de la santé psychique en relation avec l'exclusion – Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes)

Bonjour à tous. Je suis psychiatre et directrice de l'Orspere – Samdarra. Jean Furtos est parti à la retraite. Je viens aujourd'hui avec ma casquette de psychiatre de secteur. Je travaille dans un CMP. Je suis responsable d'un secteur psychiatrique et c'est de cela que je vais vous parler, de mes interrogations, de mes réflexions, des paradoxes dans lesquels on est mis lorsque l'on réfléchit à cette question de la santé mentale en lien avec l'habitat.

Je fais une petite digression. Je fais partie du Conseil national de santé mentale et je voulais remercier Alain Ehrenberg, que je n'aurai pas le temps de voir. Ce conseil a été installé en octobre 2016 par Marisol Touraine, dans une volonté de mettre en place une politique de santé mentale harmonieuse – le mot est ambitieux, exigeant –, qui a créé une dynamique, une sorte de fraternité scientifique, si je puis m'exprimer ainsi. Ces journées sont aussi un peu nées de ces réflexions, de ces échanges avec Marianne Auffret, avec Agnès Bensussan, avec Nicolas Henckès et avec Magali Coldefy. Le Conseil national présente au moins l'avantage de créer des dynamiques au niveau central mais aussi et surtout, au niveau local.

Je vais donc vous parler avec ma casquette de psychiatre de secteur. Je viens d'un hôpital qui est le centre hospitalier Le Vinatier, qui est situé à Lyon, à Bron, plus précisément. Il couvre un bassin de population d'environ 800 000 habitants, ce qui représente près de 46 % de la population du Rhône. C'est un hôpital qui a 700 lits. Le secteur où j'exerce et dont je suis responsable est un secteur de 100 000 habitants. Pour ceux qui ne savent pas ce qu'est le secteur, pour aller très vite, c'est un bassin populationnel. C'est une idée qui était très innovante de psychiatrie communautaire, dans les années 1960. Au départ, le secteur couvrait 60 000 habitants. Les choses changent. Dans notre hôpital, nous avons connu des restructurations avec la loi HPST. Les secteurs sont devenus beaucoup plus importants et couvrent désormais 100 000 habitants. Mon secteur couvre onze communes. Les secteurs sont très disparates, hétérogènes. Dans le

même hôpital, nous avons des secteurs qui travaillent avec une commune ou un arrondissement alors que mon secteur travaille avec onze communes et des populations très hétérogènes : urbaines, avec deux zones sensibles, mais aussi résidentielles et même rurales, à la frontière avec l'Isère. C'est un secteur où il y a deux unités d'hospitalisation de 25 lits chacune, deux centres médico-psychologiques et deux hôpitaux de jour. Je tiens tout de suite à préciser que nous avons une file active de 80% en ambulatoire. On parle beaucoup de virage ambulatoire et je crois que nous y sommes, même si nous avons encore beaucoup de lits d'hospitalisation. En termes de dotation en médecins, nous avons huit temps pleins de psychiatres, trois psychologues – nous en attendons un quatrième – et environ 50 infirmiers. Nous sommes donc en dessous de la dotation moyenne nationale, qui est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants.

Le découpage géographique ne tient pas vraiment compte de l'environnement, ni des critères de dotation du privé, puisque sur mon secteur, nous avons deux psychiatres libéraux, qui ne prennent plus de nouvelles demandes tant ils sont débordés par celles-ci. Nous avons aussi une clinique privée psychiatrique sur le secteur, mais qui ne fait pas de consultation en ambulatoire.

Dans un premier temps, j'aimerais vous dire pourquoi les psychiatres tiennent tant au secteur et ensuite, où nous en sommes maintenant dans cette problématique de l'habitat et du logement.

La question du secteur est un mythe fondateur de notre identité professionnelle. C'est un idéal, puisque c'est vecteur de valeurs très fortes, qui sont des valeurs de démocratie sanitaire avant l'heure. En effet, chaque personne habitant sur un territoire peut consulter le CMP le plus proche de son domicile. Nous sommes aussi porteurs d'une histoire assez lourde, une histoire totalitaire de l'asile, si je puis m'exprimer ainsi. Le secteur porte une histoire de désinstitutionnalisation, de sortie de l'hôpital psychiatrique, de vie dans la cité. Un autre idéal très fort porté par le secteur est un soin très ambitieux, qui va de la prévention jusqu'à la postcure, la réadaptation et la réinsertion, donc la prévention primaire, avant que les troubles apparaissent, la prévention secondaire, pour éviter les rechutes, la prévention tertiaire, c'est-à-dire l'accès à la réinsertion. Un autre élément nous est très cher, dans ces valeurs et dans cet idéal-là : l'accessibilité. C'est-à-dire que tous les usagers peuvent demander à avoir une consultation.

Qu'en est-il maintenant ? Le secteur est né dans les années 1960. Il a été mis en place plutôt dans les années 1970, 1980. En 2017, où en sommes-nous en pratique ? Je vais vous dire ce que nous vivons au CMP.

Je crois que c'est assez partagé par beaucoup de collègues. Nous vivons une augmentation des demandes de prise en charge assez importante. Pourquoi ? Parce que je pense qu'il y a eu une démocratisation, qui est louable, et que les personnes demandent plus facilement, maintenant, à voir des psychiatres ou des psychologues. Dans le même temps, nous avons aussi un monde qui se précarise. Je crois qu'il ne faut pas oublier la dimension sociale. Nous sommes dans un monde qui se précarise, avec des familles qui se délitent, un isolement social plus important, une précarité économique qui sont générateurs de souffrances psychiques et les personnes sont demandeuses d'aide dans cette situation. Nous avons donc aussi une augmentation des demandes dans ce contexte. En réalité, l'idée du secteur était aussi d'être dans un continuum entre la souffrance psychique et les troubles psychiatriques avérés.

Nous avons également de nouveaux publics et de nouveaux champs qui se sont ouverts. Parmi les nouveaux publics, il y a les adolescents. Nous avons beaucoup de demandes d'adolescents, alors qu'il y a dix ans, il n'y en avait pas autant. J'ai été dans une permanence qui attendait des adolescents qui ne venaient pas et maintenant, nous avons énormément de demandes d'adolescents. Nous avons aussi des migrants demandeurs d'asile, qui sont également en demande croissante. Nous avons des demandes qui viennent du service pénitentiaire d'insertion et de probation, avec des obligations de soins qui sont amenées par les juges. Nous avons aussi des relais pour les patients autistes qui auparavant, étaient pris en charge par la pédopsychiatrie jusqu'à un âge avancé, mais la pédopsychiatrie étant maintenant également débordée, elle nous relaie des patients un peu plus tôt qu'avant. Nous avons également des profils plus complexes qu'avant, me semble-t-il, avec des comorbidités, c'est-à-dire des personnes qui cumulent des difficultés, avec de la maladie psychiatrique, mais aussi des poly-addictions, parfois, des antécédents de délinquance et de la précarité sociale, ce qui rend les prises en charge plus complexes et qui nécessite une coordination encore plus poussée qu'avant.

Notre organisation du travail s'est par ailleurs transformée, avec une augmentation des tâches administratives. Je ne vous apprends rien... Notre niveau d'exigence a également augmenté par rapport aux soins. Il y a vingt ou trente ans, ce que l'on attendait des soins, c'était une baisse des symptômes. Maintenant, on est beaucoup plus exigeant. Les usagers sont aussi beaucoup plus présents : ils répondent présents par rapport à leur prise en charge. Nous sommes également plus ambitieux et nous ne nous limitons pas à la recherche d'une baisse des symptômes : nous cherchons aussi de la réinsertion et du rétablissement.

La question du logement ne se posait pas vraiment, à la naissance du secteur, puisque les patients sortaient de l'hôpital. Maintenant, elle se pose vraiment avec acuité et nous sommes dans des tensions vraiment importantes. Je vais en apporter quelques-unes.

En intra-hospitalier, nous avons 50 lits et nous avons à peu près douze patients qui sont actuellement sans solution d'hébergement. Quels sont les profils de ces patients ? Il faut savoir que nous avons un petit problème avec les hospitalisations d'entrée : nous avons des patients qui sont au long cours mélangés à des patients en court séjour, même si notre durée moyenne d'hospitalisation est de 35 jours. Cela veut dire que certains restent longtemps et d'autres, beaucoup moins. Nous avons des patients médico-légaux, c'est-à-dire qui ont été déclarés irresponsables, qui ont commis un acte délictuel ou criminel. Pour eux, la question du logement est très complexe. Nous avons aussi par exemple un patient qui vivait avec sa maman, dont la maman a dû être hospitalisée puis placée en Ehpad. Ce patient, qui est plutôt déficitaire, se retrouve sans solution de logement. Cela fait déjà quasiment un an et demi qu'il est dans le service. Nous faisons une demande à la MDPH, la Maison du handicap. Nous avons une réponse au bout de six ou huit mois, qui nous donne une orientation vers deux structures : une maison d'accueil spécialisée et un foyer d'accueil médicalisé. Nous les contactons – vous voyez que ce processus est long –, mais les deux structures médico-sociales sont aussi débordées et maintenant, sont dans une exigence, une sélection, donc choisissent, ce qui va de soi. De toute façon, la loi leur permet tout à fait de choisir. Elles nous ont donc dit qu'elles ne prendraient pas ce monsieur. Nous nous retrouvons donc, au bout d'un an et demi ou deux ans, sans solution. Nous allons donc recommencer un nouveau processus de recherche de lieu d'hébergement.

En extrahospitalier, je vous ai dit que les files actives étaient en augmentation. C'est un travail à la chaîne. J'emploie cette expression parce que le dernier psychiatre praticien hospitalier qui travaillait dans le service, une fille extrêmement engagée, a quitté le service en début d'année en disant qu'elle ne pouvait plus travailler chez nous parce qu'elle en avait assez de travailler « à la chaîne ». C'est pourquoi je vous dis cette phrase : je crois que cela illustre bien la façon dont nous travaillons actuellement. Il y a environ dix ans, nous faisons beaucoup de visites à domicile. Nous ne pouvons plus le faire, d'autant plus que notre secteur est extrêmement large. Cela devient mission impossible. Peut-être faisons-nous aussi de mauvais choix. Je vous laisserai en discuter.

À Lyon, il y a énormément d'initiatives. Des initiatives de coordination : nous avons une coordination⁶⁹ qui réunit les acteurs du social, les bailleurs sociaux, le médico-social, le sanitaire. Nous avons des initiatives relatives au logement accompagné et adapté. Nous avons de l'accueil familial thérapeutique. Il y a donc énormément de dispositifs, et malgré cela, c'est saturé et il y a un débordement. Cette multitude de dispositifs est un avantage. C'est un vecteur de créativité. Mais dans le même temps, je dois dire que ce n'est pas facile. Cela complexifie les parcours, parce que tant les usagers que nous, on ne sait pas vers où aller. Dans les hôpitaux psychiatriques, il y a un turnover de professionnels importants. Ils ne connaissent pas toutes ces nouvelles structures et il est nécessaire de faire chaque fois tout un travail de pédagogie pour les connaître.

Par ailleurs, la question qui se pose à nous est celle de l'évaluation des besoins. Quel est le meilleur endroit où l'on va orienter l'utilisateur, où l'utilisateur pourra demander une place ? C'est vraiment une difficulté. J'espère vraiment que nous avancerons, au long de ces deux journées, mais cette question de l'évaluation et de l'adéquation entre l'offre et la demande est importante. Quels sont les profils ? Qui fait ce travail d'adéquation ? Comment est fait ce travail ? Il s'agit de dire : nous avons tant de besoins, nous avons peut-être des patients jeunes qui ont besoin d'être stimulés ou d'autres qui ont besoin qu'on les laisse tranquilles, qui ont juste besoin d'un logement, d'un toit et d'être tranquilles dans la cité. Comment fait-on ces choix ? Comment évalue-t-on ? Quelles tensions éthiques sont derrière ces questions de choix ? Lorsque l'on choisit, comment est-ce que l'on oriente ? Est-ce que l'on n'enferme pas, l'on n'assigne pas les patients, les usagers dans un choix qui peut être préjudiciable pour eux ?

Un autre élément est la méconnaissance totale des médecins, des psychiatres, concernant toutes ces modalités d'hébergement, d'habitat médico-social et social. Pourquoi ? Parce qu'on ne nous l'apprend pas. Ce n'est pas du tout intégré dans les études. Cette année, j'ai milité afin que les internes suivent un séminaire qui s'appelle « psychiatrie et société », où nous essayons de parler de ces questions qui sont à la lisière du social et du sanitaire. Elles ne sont pas qu'à la lisière, en réalité, puisque nous sommes pris dans un paradoxe, que je vous livre : d'un côté, la médecine se technicise, et nous avons une injonction d'être de plus en plus dans le médical, d'une certaine façon. On nous dit : finalement, la question du social ne nous intéresse pas – j'exagère, bien sûr... Mais d'un autre côté, la question de la continuité des soins est une question éminemment médicale. Nous sommes pris par des questions déontologiques, éthiques et médicales de nous soucier de la continuité des soins. Qui dit « continuité des soins » dit que l'on est dans le souci éthique de l'endroit où vont habiter les patients,

où ils vont être logés, parce que si l'on soigne quelqu'un pour qu'ensuite, il se retrouve à la rue, cela n'a aucun intérêt, à mon sens. La question de la continuité des soins, la question de la réhabilitation, la question du rétablissement, qui sont des questions désormais médicales, nous poussent à avoir un souci particulier et donc, à nous inscrire dans un travail de coordination. Mais vous voyez que nous sommes pris dans ce paradoxe entre « cela ne nous regarde pas » et « cela nous regarde éminemment ».

Je vous ai dit que la question de l'accès au logement était difficile. Mais la question du maintien dans le logement se pose également à nous. Dans la région, ce qui a bien marché, selon moi, c'est la contractualisation avec des bailleurs sociaux. L'hôpital contractualise avec des bailleurs sociaux. Nous faisons un contrat écrit, qui est signé par tout le monde : l'usager, nous-mêmes, le bailleur social, et dans ces cas, nous nous remettons à faire des visites à domicile, puisque c'est dans le contrat. Ensuite, nous avons un bail glissant au bout de deux ans. Ce sont de très bonnes expériences mais malheureusement, nous n'avons pas beaucoup de logements. Pour ma part, actuellement, j'ai deux patients qui en ont bénéficié. D'ailleurs, cela fonctionne très bien et nous avons pu réaliser le bail glissant.

Une autre question est celle des patients qui sont en rupture de soins. Cela me pose une question éthique majeure. Nous avons en effet des patients qui décident d'arrêter les soins. Qui suis-je, moi, pour dire : « non, vous ne pouvez pas arrêter », quand ils vont bien ? Nous avons des politiques publiques qui nous font des injonctions sur la rupture et la non-rupture du parcours. J'ai assisté à beaucoup de journées sur ce sujet. Cela continue de me questionner, sur le plan éthique, le fait qu'un usager peut décider de ne plus être dans un parcours qui ne lui correspond plus. C'est une question en suspens.

Quant aux questions qui, dans le parc immobilier, posent des problèmes de santé mentale, en psychiatrie, nous nous en soucions moins. Mon voisin va pouvoir en parler.

La question de l'habitat et de la santé mentale met vraiment en tension, et de façon paradigmatique, la question des champs de compétence de la psychiatrie, de son articulation avec le social et le médico-social et la façon de prodiguer des soins de qualité, d'accompagner un patient dans un projet personnalisé tout en s'appuyant sur ses ressources. Comment faire tout ce travail dans une société qui génère des inégalités sociales et de la souffrance psychique ?

Applaudissements

TÉMOIGNAGE D'UN BAILLEUR SOCIAL

«• Alain Prévost,

expert à l'Union sociale pour l'habitat (USH)

Je me présente très rapidement. Sur le programme, mon témoignage est présenté comme celui d'un bailleur social, expert à l'Union sociale pour l'habitat. Cela mérite une petite explication. Je ne suis pas un bailleur social. J'appartiens à une organisation professionnelle, qui est l'Union sociale pour l'habitat, l'organisation professionnelle nationale qui regroupe l'ensemble des organismes d'HLM, que ce soient les offices publics ou les sociétés anonymes, les entreprises sociales de l'habitat, soit environ 700 bailleurs au niveau national. Il y a une famille de bailleurs sociaux qui ne fait pas partie de l'USH, la fédération des EPL, les sociétés d'économie mixte locales, qui sont impliquées dans des actions des réseaux « santé mentale et logement ». Je les signale donc au passage.

Je ne suis pas expert du sujet, parce qu'il ne fait pas partie des compétences de base de l'action des organismes d'HLM que de s'intéresser aux problèmes de santé mentale et de les gérer. En revanche, nous y participons et nous intervenons sur des champs qui sont connexes, qui concernent ces questions d'intégration à la ville de personnes souffrant de troubles psychiques. Je suis plutôt spécialiste des questions de tranquillité et de sécurité, de la qualité du service rendu et de la gestion urbaine de proximité, à savoir les organisations et la mise en réseau d'acteurs locaux. Nous pourrions voir que les choses sont liées. Voilà pour la présentation générale.

L'organisation HLM se décline en région par le biais des associations régionales d'HLM, qui sont des partenaires étroits, sur les questions de santé mentale et d'habitat, des partenaires locaux. À ce titre, l'ARHLM Paca & Corse, notamment, est partie prenante et administratrice du Groupement de coopération sociale et médico-sociale. Je ne m'étendrai pas, parce que cette structure sera présentée au cours de ces deux journées.

J'interviens au nom de l'Union sociale pour l'habitat, mais il s'avère que je participe aussi à des expérimentations locales. Je pourrai donc répondre à des questions si besoin.

Ceci étant dit, mon intervention est quand même relativement générale. Elle fixe le cadre d'action des bailleurs sociaux. Je disais qu'il y avait 700 bailleurs sociaux. C'est une famille qui est très grande, avec

une grande diversité : des offices publics, des sociétés anonymes, des organismes implantés en milieu urbain, d'autres en milieu rural, des organismes de différente taille, de petits organismes, de gros organismes, qui n'ont donc pas les mêmes moyens internes en termes de ressources humaines et de capacités d'agir dans des champs comme ceux-ci. Ceci doit vous faire prendre conscience que l'approche et la connaissance qu'en ont les bailleurs sociaux peut être très disparate. On retrouve des bailleurs très impliqués, qui connaissent assez bien les problématiques, qui les travaillent, et d'autres qui y sont complètement étrangers. C'est un élément de prise en compte dans le cadre des partenariats et des collaborations à construire.

J'en viens à l'approche de la problématique et au recadrage dans l'histoire. Les bailleurs sociaux, en fait, ne se sentent concernés par ces questions que depuis assez récemment. Ils considéraient, jusqu'à la fin des années 1980, grosso modo, que ce n'était pas leur problème. Ils géraient de manière classique les ménages logés et avaient peu de moyens internes et de coordination pour s'intéresser à ce type de problématique. À la fin des années 1990 et au début des années 2000, ils ont pris conscience que le problème était grandissant, qu'ils n'arrivaient pas à régler un certain nombre de situations et qu'il fallait qu'ils s'ouvrent un peu plus vers les partenaires locaux, lesquels partenaires locaux les sollicitaient par ailleurs. La troisième étape, depuis le milieu des années 2000 et pendant les années 2010, ce sont des collaborations de plus en plus structurées avec les différents acteurs de la question. C'est donc une situation évolutive, qui conduit les bailleurs à s'ouvrir vers les partenaires et qui conduit également les bailleurs à s'organiser en interne.

Je rappelle rapidement les différentes problématiques principales qui intéressent les bailleurs, parce que ce n'est pas du tout la même chose selon que l'on se positionne du côté de la psychiatrie ou du médico-social ou du côté des logeurs. Les bailleurs, compte tenu de leurs obligations, sont confrontés à quatre grandes problématiques. Il y en a davantage, mais je n'en citerai que quatre. Il y a d'une part le trouble de voisinage chronique, que les procédures internes mises en place par les bailleurs n'arrivent pas à régler. Les bailleurs se rendent compte qu'il y a autre chose qui se passe, qui relève notamment des comportements et de la santé mentale des personnes. C'est la première approche. Ensuite, il y a les troubles d'ampleur inhabituelle, qui sont déjà plus spontanés, plus radicaux, voire plus violents, qui s'expriment aussi par le biais de troubles de voisinage, où l'on constate des comportements étranges, voire de l'agressivité, voire de la mise en danger. Ces comportements sont associés ou non à des phénomènes d'addiction. C'est le deuxième cas. À l'inverse,

il y a les cas d'isolement et de réclusion. Ce sont des personnes qui se manifestent beaucoup moins, mais qui sont en souffrance et que les bailleurs connaissent quelquefois du fait de la proximité. Cela leur pose des questions sur la façon d'aider, d'agir ou pas en direction de ces personnes. On retrouve là notamment des comportements qui posent souci aux bailleurs, même si cela ne transpire pas forcément à l'extérieur du logement, mais il peut y avoir des problèmes liés à l'entretien du logement, des questions d'accumulation, d'incurie, d'hygiène, qui sont difficiles à régler. Enfin, le dernier cas qui pose question aux bailleurs, c'est l'incertitude concernant la prise en compte de certaines demandes de logement. J'entends par là des demandes de logement spontanées et autonomes de la part de certaines personnes qui ne sont pas accompagnées et qui, quand elles sollicitent les bailleurs, manifestent des comportements qui interrogent et font beaucoup hésiter le bailleur quant à la capacité de leur attribuer un logement autonome. Ce sont les quatre grandes catégories.

Il y a deux champs d'intervention principaux pour les bailleurs. Il y a d'une part l'accès au logement, avec trois approches complémentaires, et d'autre part, le maintien dans le logement. Concernant l'accès au logement, les bailleurs sont partenaires des acteurs qui s'intéressent à la vie de ces publics. Il y a trois approches complémentaires, trois grandes classifications. Il y a d'une part la production de logements adaptés dans le neuf ou l'existant, qui sont ensuite mis à disposition de gestionnaires spécialisés. Il a été fait référence tout à l'heure à des conventions qui formalisent ces choses-là. C'est l'activité de maîtrise d'ouvrage du bailleur, qui répond à une demande, qui conçoit un programme, qui le met en œuvre. La deuxième façon d'intervenir, c'est sur du logement banalisé dans le parc existant, dispersé ou regroupé. C'est le parc classique du bailleur qui va pouvoir être mis à disposition d'opérateurs spécialisés. Ces opérateurs offriront, d'une certaine façon, une garantie pour le bailleur en termes d'appropriation et de bonne tenue du logement. Cette deuxième façon de faire fait notamment appel à l'intermédiation locative, avec les systèmes de baux glissants, dans lesquels, du moins pour une période, l'usager n'est pas locataire en titre et n'a pas le statut ni l'autonomie complète. La troisième façon d'agir qui se développe et qui est notamment préconisée par les pouvoirs publics, ces derniers temps, consiste à permettre aux usagers d'accéder directement à un logement autonome, avec ou sans accompagnement. Mais la plupart du temps, un accompagnement et un suivi sont prévus, qui permettent de brûler un peu les étapes et de répondre aux attentes d'usagers qui sont en capacité de gérer un logement et qui voudraient bien être locataires en titre, directement. Ce sont des expériences qui se développent notamment dans le

cadre de l'expérimentation mise en place par l'USH et l'État, le dispositif « 10 000 logements accompagnés ». L'accès au logement est facilité quand la personne est suivie et accompagnée. Cela sécurise le bailleur. C'est bien plus complexe lorsque la personne fait sa demande toute seule. C'est une contrainte supplémentaire que le bailleur doit prendre en compte.

Les demandes de logement doivent respecter des cadres réglementaires, qui sont à la fois utiles et contraignants. Des politiques d'attribution sont définies par les pouvoirs publics qui visent un certain nombre de publics prioritaires : les dispositifs Dalo, les plans départementaux pour le logement des personnes défavorisées et d'autres dispositifs, comme les accords collectifs départementaux et plus récemment, la mise en œuvre des commissions intercommunales du logement et, décliné au niveau de chaque bailleur, le fonctionnement des commissions d'attribution de logement. Cela pose un certain nombre de contraintes dans lesquelles il faut s'inscrire. Ceci étant dit, c'est aussi un fléchage des publics prioritaires qui leur permet d'accéder à des logements sociaux de façon privilégiée. Ces politiques se déclinent en douze catégories de publics prioritaires, dont deux qui intéressent directement les personnes dont nous parlons aujourd'hui. À cela, il faut ajouter, dans le dispositif Dalo, les publics qui deviennent prioritaires du fait que leur demande de logement est anormalement longue. Pour vous donner une idée de ces délais anormalement longs, qui ont été fixés dans les départements, cela va de douze mois à dix ans – dix ans en région parisienne et en Guadeloupe. Cela permet de mesurer l'ampleur du problème, parce que c'est un délai anormalement long, mais cela ne veut pas dire pour autant que la personne, au terme de cette période-là, va accéder effectivement à un logement. Dans une agglomération comme Marseille, le rapport entre l'offre et la demande, la tension du marché font en sorte qu'il faudrait à peu près six années pour répondre aux demandes de logement qui sont formulées. On voit donc bien qu'il faut tenir compte de ces contraintes. En outre, je n'ai pas cité, dans certaines villes, la question du renouvellement urbain, puisque des plans de relogement sont mis en place lors des opérations de démolition de logements et les publics bénéficiant de ces plans de relogement sont considérés comme prioritaires.

Tout cela s'entrechoque au portillon, il faut bien en avoir conscience et faire en sorte que les acteurs locaux puissent s'inscrire dans ces politiques qui sont contraignantes, mais qui permettent aussi à ces publics prioritaires d'accéder à un logement. Je pense notamment à l'élaboration des conférences intercommunales du logement qui sont en cours de discussion partout dans les territoires et qui peuvent identifier ces publics comme prioritaires et ensuite, les quantifier et les répartir auprès des différents bailleurs sociaux.

J'ai beaucoup parlé des zones urbaines, mais il ne faut pas oublier les zones rurales, où il y a moins de tension en termes de marché, mais où il y a tout de même des difficultés, parce que les moyens d'accompagnement sont plus diffus et éloignés. Or les bailleurs sociaux rencontrent des problèmes réels, dans des secteurs moins urbanisés, pour accueillir ces publics.

Je voudrais par ailleurs rappeler un cadre réglementaire, l'obligation de garantie de la jouissance paisible du logement. C'est la condition première qui oblige le bailleur à s'intéresser à ces questions. C'est également une responsabilité de gestionnaire social et urbain, qui doit garantir un certain niveau de qualité de service. Enfin, il y a l'obligation pour le bailleur d'agir à la fois dans la durée et dans l'urgence et la question qui se pose à lui d'appréhender le plus tôt possible les problématiques posées pour pouvoir y faire face le plus efficacement possible sans attendre que les situations se dégradent.

Je terminerai en parlant d'une contrainte de taille à laquelle sont confrontés les acteurs locaux : le décalage dans le temps du soin, qui n'est pas le même que le temps de gestion du bailleur pour faire face à ses obligations. Ce décalage peut impacter la qualité et la viabilité des relations entre les différents acteurs. Cela nécessite une adaptation des postures et des attitudes des uns et des autres, faute de quoi, les collaborations n'arrivent pas à perdurer. Cela passe par une meilleure connaissance mutuelle des cadres d'intervention institutionnels et des pratiques professionnelles et cela pointe l'importance de la formation des personnels. Cela nécessite aussi la construction d'une culture commune. Cette culture commune doit conduire au développement progressif d'une confiance réciproque, qui ne doit pas forcément se construire dans un formalisme préétabli. Il faut laisser aux gens le temps de prendre confiance, de se reconnaître et d'arriver à travailler ensemble et il faut parfois éviter d'imposer un cadre formalisé trop rapidement. Il faut laisser du temps.

Cette approche, cette démarche suppose l'adhésion de l'usager dans les processus mis en place et impose également de prendre le temps et d'être à même d'intégrer des périodes d'interruption dans le processus de soin et de suivi. Nous y faisons référence tout à l'heure : les patients, les usagers restent maîtres – et c'est une bonne chose – de l'adhésion à un processus d'accompagnement. Vous imaginez bien que cela peut poser problème, non seulement pour le personnel soignant, mais également pour les bailleurs, parce que lorsque l'on met en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement, que le processus de soin s'interrompt, que l'usager locataire est laissé libre de sa vie, cela peut poser des problèmes et

notamment, remettre en cause des décisions qui avaient été prises par le bailleur social, par exemple de suspendre une procédure d'expulsion pour laisser au soin le temps de produire ses effets. La gestion dans le temps est une dimension importante.

Applaudissements

TÉMOIGNAGE D'UN ÉLU

«● Laurent El Ghozi,

conseiller municipal de Nanterre délégué, en charge de la ville universitaire, président d'ESPT

Habitat et santé mentale, une vieille histoire, témoignage d'un élu : je ne prétends pas témoigner au nom de tous les élus, mais je vais essayer de vous dire comment les choses se sont fabriquées pour moi.

Très schématiquement, je pense qu'il y a quatre phases dans cette question « habitat et santé mentale ». Avant, les malades étaient dans les familles, dans les villages et ma foi, chacun essayait de s'en accommoder. Après cela, il y a eu le « grand enfermement », où l'on a mis tous ceux qui gênaient, tous ceux qui ne faisaient pas propres dans la ville haussmannienne, obsédée par l'hygiène et la sécurité, dans les asiles, privés de liberté. Puis, après la guerre et les désastres de la guerre, en particulier pour les malades mentaux abandonnés ou exterminés, poussé par cette culpabilité, on a créé, en France, le « secteur de psychiatrie » et on a donné au secteur la responsabilité globale de la vie des patients souffrant de troubles psychiques et de la santé mentale, de la prévention à la réhabilitation, avec évidemment la question du logement. Les hôpitaux ont essayé de fabriquer des solutions plus ou moins respectueuses de la vie et de la liberté de leurs patients. Aujourd'hui, nous sommes, et heureusement, dans une phase de psychiatrie que l'on veut citoyenne, de réhabilitation, de rétablissement, de vie aussi normale que possible, dans la cité, incluant donc cette exigence de logement dans la cité.

Je voudrais vous expliquer pourquoi et comment les élus locaux sont concernés et en capacité d'intervenir positivement sur cette question « habitat et santé mentale », d'où leur vient cet engagement croissant, dont le développement des CLSM, en particulier, témoigne. Encore une fois, je ne parle pas pour tout le monde, mais je voudrais d'abord dire que nous, candidats, lorsque nous décidons de nous présenter à une élection, c'est pour changer la vie. Pour qui, pour quoi, comment, nous pouvons en discuter et bien souvent nous opposer, mais en tout cas, c'est pour agir sur la vie des gens et, pour la plupart des élus, au moins tenter de l'améliorer pour les plus fragiles, mieux les protéger, leur garantir une place égale, une sécurité solide dans la cité, sous la devise républicaine : « liberté, égalité, fraternité ». C'est beaucoup pour cela que nous souhaitons être élus. Et puis, hélas, très vite, on s'aperçoit que ce n'est pas si simple et l'on est

confronté à la souffrance des personnes, aux difficultés insurmontables de certains, à l'exclusion, aux violences, bref, à tout ce qui détruit cette société solidaire et sereine dont nous rêverions être les représentants estimés. Eh bien, ce n'est pas comme cela. Cette rencontre, parfois brutale, voire violente, douloureuse, avec les questions de santé mentale, avec ceux qui en souffrent, est inévitable pour tout élu, rapide, bouleversante, surtout quand elle se conjugue, causes et conséquences mêlées, avec la précarité. Alors, stop ou encore ? Stop : on oublie, on ferme les yeux, on passe la main à la police, aux psychiatres, on leur dit : « débrouillez-vous, ce n'est pas notre affaire ». Ce qui est vrai, réglementairement. Ou bien l'on dit « encore », et alors, cela devient un sujet de responsabilité globale prédominant, qu'il faut parvenir à imposer à l'ensemble des élus de la municipalité, ce qui n'est pas forcément le plus simple. Nanterre, ville de 94 000 habitants, ville de confrontations violentes entre les quartiers de la politique de la ville désindustrialisés, avec des taux de chômage très importants, une population issue de l'immigration, des quartiers d'habitat social dépourvus de services, etc., et juste en face, juste à côté, la richesse insolente de la Défense, les tours de la Société générale, d'Axa, de Total, tout cela sous les yeux des habitants des quartiers – il n'y a pas de mur entre les deux : on n'a pas encore osé –, la Défense, lieu de tentation inaccessible, caricature d'une société fragmentée, excluante et donc, pathogène, qui ne fait évidemment pas de place ni au travail, ni au logement pour les personnes les plus fragiles.

Je passerai vite sur la question « habitat et rôle des élus », parce qu'a priori, c'est simple. En effet, l'aménagement urbain, les permis de construire, le logement, tout cela, ce sont des compétences réglementaires des collectivités locales cadrées par le code de l'urbanisme, les textes, les plans – PLU, PLH, PADD, SCoT, et j'en passe – que les maires maîtrisent en principe et où, en outre, ils peuvent décider d'un urbanisme favorable à la santé, y compris à la santé mentale, grâce en particulier aux évaluations des impacts en santé préalables à tout grand projet. Reste cependant le choix, qui est un choix politique : à qui destine-t-on cet urbanisme favorable à la santé ? Pour satisfaire quels besoins ? De quelles populations ? Pour préserver son électorat ? Ou pour toute la population ou pour les plus fragiles ? Fabrique-t-on des logements, et quel type de logements, quelles catégories même dans le logement social, ou bien des bureaux pour les grands groupes, ou bien des équipements médico-sociaux, ou encore des locaux d'activité économique ? Cela, le maire peut en décider. De même pour les attributions de logements, ce qui a été évoqué à l'instant, logements sociaux, quand il y a des logements sociaux, bien sûr, les maires sont partiellement à la manœuvre et peuvent, plus

ou moins, établir des critères, des priorités, de la discrimination positive ou négative, et elle est rarement positive pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Je passe donc sur cette question de l'habitat car s'ils le veulent, les maires ont, en partie, la main sur ce sujet. Bien entendu, cela dépend de leurs choix politiques, de savoir pour qui ils veulent agir, s'ils veulent essayer de conforter la santé mentale, favoriser la place des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité, soutenir les services nécessaires, voire contribuer à ce qu'ils puissent se développer. C'est à nous tous de les convaincre que c'est un enjeu de société global.

Revenons maintenant au pourquoi de l'engagement des élus locaux pour la santé mentale proprement dit. Je reviendrai là sur mon propre parcours, non qu'il soit exemplaire ni unique, mais qui explique aussi l'origine de l'association Élus, santé publique & territoires.

En 2001, Jean Furtos, éminent psychiatre de Lyon, fondateur de l'Orspere, l'un des pères fondateurs de toutes ces histoires, organise une confrontation de trois jours à huis-clos, où il enferme des psychiatres et des élus dans le couvent de la Tourette, près de Lyon, sous le titre : « la souffrance psychique dans l'espace public, une question politique ». Je reviens sur ces trois mots : « souffrance psychique », « espace public » et « question politique », trois mots évidemment essentiels pour ce qui nous concerne. Il me demande une intervention que j'intitule, en toute modestie et ignorance, « consolider les esprits, consolider la cité : la demande des élus aux psychiatres ». Une demande assez exorbitante et clairement, aucun psychiatre n'a été en capacité de répondre, hélas. Les élus locaux sont en effet interpellés quotidiennement, je l'ai dit, par la souffrance psycho-sociale qui envahit l'espace public et l'espace psychique. Ils sont donc affectés, d'autant plus que bien souvent impuissants, et en même temps, ils sont, ils se sentent, ils devraient être responsables, parce qu'ils se pensent en capacité d'intervenir. Et il leur faut donc agir, sans chercher ni la maintenance sociale, ni l'étouffement de la plainte, ni l'auto-déculpabilisation mais au contraire, pour essayer de mieux entendre, mieux comprendre, prendre en considération pour contribuer à rendre la société, celle de notre cité, celle dont nous avons décidé d'être responsables, un peu plus cohérente et un peu plus solidaire.

Ce colloque du Vinatier a été suivi par un séminaire financé par la DIV et organisé par l'Orspere, à nouveau, en 2003, 2004, qui réunissait une quinzaine d'élus et qui a donné lieu à la publication d'un ouvrage – et là encore, les mots sont importants, je le répète, beaucoup d'entre vous l'ont peut-être déjà entendu mais néanmoins, cela reste pour moi fondateur – intitulé : *Les élus face à la souffrance psycho-sociale : de la sollicitude*

au politique. Comment on passe de la sollicitude à l'action politique qui donne du sens. Élus confrontés, comme la population, aux effets délétères de la modernité, des crises, de la précarisation, avec perte du sens collectif et de la haie symbolique, aggravant la souffrance psycho-sociale et la surcharge des psychiatres, comme l'a très bien dit Halima.

Ce séminaire permet la mise à jour de deux ordres d'enjeux pour les élus : enjeux individuels d'histoire humaine, de souffrance, le film le montre aussi très bien, et enjeux collectifs de construire une politique, enjeu de légitimité au niveau local par rapport au régional ou au national, enjeu de démocratie et d'égal accès aux droits et particulièrement accès aux soins et au logement, enjeu symbolique où le maire est aussi le père protecteur, responsable bienveillant de tout, en tout cas, à qui l'on demande de jouer ce rôle dans une collectivité fragilisée par la perte des étayages républicains classiques, enjeux de santé publique : quelle place, quel pouvoir pour le niveau public local ? et face à la diversité des actions et des moyens mis en place par différentes villes, création de nouvelles inégalités territoriales. Enjeux humains, enfin, pour l'élu lui-même, enjeu personnel, entre engagement et empathie, pouvoir et impuissance, contraintes administratives et budgétaires face à la volonté de faire. Bref, tout cela est évidemment compliqué, mais il faut le mettre à jour pour nous tous, à la fois individuellement et collectivement. La conclusion unanime du séminaire est que la santé mentale est un objet complexe mais d'abord, un objet politique, un objet légitime des politiques locales, imposant un engagement fort des maires dans tous les champs contribuant à une bonne santé mentale. Et ce que nous avons dit au sujet du logement est évidemment l'un des champs majeurs, d'autant plus que simultanément, la politique de la ville invente l'atelier santé ville avec le diagnostic participatif local préalable où, dans tous les quartiers, les questions de santé mentale, d'addiction, de désaffiliation, bref, de souffrance psychique font partie des trois premières priorités, toujours et partout, avec un comité de pilotage animé par l'élu, qui redevient légitime à dire et à faire en santé, la transversalité de la santé par rapport aux quatre autres thématiques – enseignement, emploi et formation, sécurité et logement bien sûr, y compris dans les grands projets de renouvellement urbain. Et le logement et la santé doivent se croiser, s'articuler, se conforter mutuellement au niveau micro-local de la Politique de la ville.

À partir de cette double origine, la souffrance psycho-sociale dans l'espace public appréhendée par les élus et la politique de la ville, avec la lutte contre toutes les inégalités dont les inégalités de santé, à l'occasion d'un colloque organisé, là encore, par la Politique de la ville, par la DIV, en 2005, une douzaine d'élus créent l'association nationale des villes pour le

développement de la santé publique, « Élus, santé publique & territoires ». Actuellement, ce sont une soixantaine de ville, 7 millions d'habitants de toutes couleurs, de toutes tailles, de toutes régions, ou presque. Vous trouvez tout cela sur le site, auquel je vous renvoie. Il y a en particulier ici des élus de Marseille, de Paris, de Neuilly, de Mons-en-Barœul, de Faches-Thumesnil, de Nanterre, de Lille, de Montreuil et d'autres sûrement qui peuvent en témoigner. ESPT s'est donné comme outils, pour changer le monde, pour éclairer les élus, la réalisation de Journées nationales d'études comme celles que nous faisons aujourd'hui et, curieusement ou pas, la première thématique sur laquelle nous arrivons à nous mettre d'accord, sur laquelle nous avons envie de travailler ensemble, c'est les questions de santé mentale. Ce n'est pas une obsession personnelle du président de cette association mais bien une demande partagée par tous les élus, et évidemment, cela montre à quel point les questions de santé mentale sont des questions de politique locale, avec de fortes interrogations et une actualité qui est permanente. Les lois, les rapports, les propos, les interpellations, les mensonges autour des questions de santé mentale et de la folie sont récurrentes, entraînant des inquiétudes, d'autant plus que les élus sont quand même très largement ignorants, mais qu'ils ont néanmoins le désir d'agir, avec la conviction que la santé mentale concerne tout le monde, altère le « vivre ensemble » et réduit chaque terme de la devise républicaine à des mots vides de sens. Pensez-y un instant. Il faut donc résoudre cette question, permettre aux personnes vivant des troubles psychiques de vivre librement avec nous, parmi nous, donc logées, évidemment, accompagnées avec fraternité dans des conditions peut-être difficiles et avec cette conviction qu'elles sont peut-être autres, mais pas plus que les autres, et pas plus différentes de nous que chacun d'entre nous, en tout cas, égales.

Sur les 19 journées qu'a organisées Élus, santé publique & territoires, neuf sont consacrées à la santé mentale. Je vous ai apporté quelques exemplaires des Actes. Les premiers qui passeront les prendront. La neuvième est celle d'aujourd'hui. Les actes des 4^e rencontres des CLSM qui ont eu lieu à Talence en janvier dernier sont bientôt disponibles. Vous trouvez tout cela, en téléchargement libre, sur le site.

Cette contribution progressive au fil des années, des journées, des réflexions, a permis la mise en place d'un plaidoyer reconnu par les pouvoirs publics jusqu'à l'inscription, dans l'article 69 de la loi, du CLSM, qui affirme l'importance de l'engagement des élus locaux en proximité, l'affirmation de l'impact de cet engagement pour toute la collectivité et donc, l'intérêt, la nécessité que cet engagement soit pris en considération par toute la collectivité. Ce n'est pas l'affaire des psychiatres, de la police,

des juges ou des élus : c'est bien l'affaire de toute la collectivité, sous la responsabilité du Maire, élu doté du pouvoir de convocation des autres partenaires et acteurs.

Tout cela aboutit à la promotion du conseil local de santé mentale, levier de révolution des pratiques, des organisations, des regards portés sur les personnes souffrant de troubles psychiques, prolongement de l'utopie déjà ancienne du secteur, disait Marisol Touraine à l'une de nos dernières réunions, modèle démocratique de gouvernance locale de la santé mentale fondé sur le triptyque : élus, psychiatres, usagers et proches, et dont les bailleurs, publics mais aussi privés, sont obligatoirement parties prenantes.

Rêvons un peu maintenant, pour finir, sur ce que nous pourrions faire de cet outil, si nous en étions tous convaincus. Nous avons un outil local d'organisation, de partage clair des responsabilités, permettant que les difficultés d'habiter, et pas seulement de se loger – mais nous avons bien vu que ce n'était pas la même chose –, soient à la fois portées à connaissance, mises en débat, collectivement, par leurs usagers, leurs proches, les soignants, les accompagnants, face aux bailleurs, qui deviennent plus accueillants parce qu'ils sont sécurisés, a-t-on dit, en tout cas, parce qu'ils sont certains d'être soutenus et accompagnés en cas de difficulté et sous l'autorité du responsable légitime de la cité. Lui-même est en capacité d'orienter les constructions, les attributions, les équipements, les structures, de peser sur les bailleurs de sa ville – et à Nanterre, on sait ce que cela veut dire –, en capacité de soutenir les accompagnants, de faire reculer les représentations négatives, facteurs d'exclusion en particulier dans le logement et enfin, en capacité de peser sur les autorités administratives : préfet, ARS, sur les autorités politiques nationales, régionales ou départementales, sur les autorités – ou soi-disant telles – financières, pour que les solutions imaginées, évaluées, face à des besoins identifiées, deviennent réalités durables et pas simplement expérimentations soutenues pendant un an ou trois par la Fondation de France, par exemple. Nous en verrons des exemples cet après-midi.

Le chemin parcouru depuis quinze ans me paraît très considérable. Nous avons atteint un stade de réflexion, de compréhension de ces questions. Manifestement, ce qui reste à faire est largement aussi important, donc bon courage et merci !

Applaudissements

HISTOIRE DU SECTEUR : QU'EST CE QUI N'A PAS (ASSEZ) MARCHÉ ?

« Nicolas Henckès,

sociologue et chargé de recherche au CNRS, rattaché au Centre de recherche médecine, sciences, santé mentale et société (Cermes3)

Merci aux organisateurs de me donner l'opportunité d'être là. Je suis toujours très content de venir à Marseille. Merci, donc, de m'avoir invité.

Je suis sociologue au CNRS et par conséquent, j'ai une position évidemment très différente de celle de mes prédécesseurs et qui m'oblige à un peu de modestie, parce qu'il est toujours compliqué de parler après des grands témoins. Je n'ai aucun témoignage, aucune réalité vécue à vous apporter, mais plutôt des points de vue extérieurs et peut-être un peu lointains. Je vous prie donc par avance de m'excuser, d'autant plus que je vais rester assez modeste pour rester dans les quinze minutes qui nous sont allouées.

La deuxième chose que je voulais dire en introduction, pour toutes les personnes qui ont « tilté », concerne le titre de mon intervention. C'est le titre que l'on m'a proposé : « Histoire du secteur : qu'est-ce qui n'a pas (assez) marché ? ». J'ai voulu quand même le corriger un peu et ajouter : « ce qui a marché et ce qui n'a pas (assez) marché », pour rester un peu plus optimiste, parce que malgré tout, le secteur, au fond, a marché à bien des égards sur bien des plans. Je pense qu'il faut aussi interpréter le titre au regard des questions d'habitat et de santé mentale : qu'est-ce qui n'a pas marché, dans le secteur, face à cette question de l'habitat ?

Dans cette courte présentation, je voudrais essayer de donner quelques éléments de réponse à cette question, qui est pratiquement une question de dissertation. Comme j'enseigne aussi, je pourrais donner ce sujet à mes étudiants. Comme dans toute dissertation, avant de répondre à la question, il faut l'analyser, essayer de comprendre ce qu'il y a derrière. Je ne vais pas faire cela très longuement mais je voudrais simplement revenir sur deux termes. Au fond, il y a deux questions préliminaires que cache la question de ce qui a ou n'a pas marché entre secteur et habitat. D'un côté, qu'est-ce qu'était le secteur, le projet du secteur ? Pour parler un langage un peu technocratique, quels étaient les critères de réussite du secteur, les objectifs et les critères d'évaluation ? D'un autre côté, sur la question de l'habitat, que veut dire « habiter » mais surtout, quelles sont

les attentes, quelles ont été les attentes, dans le passé, face à cette question de l'habitat? Le point que je voudrais souligner et vraiment mettre en avant dans ma présentation, c'est qu'à l'échelle à laquelle je vais me placer - qui sera un peu plus large que celle de mes prédécesseurs, puisqu'il me semble important de couvrir une histoire de quarante ou cinquante ans maintenant, non pas depuis la création et l'origine du secteur, mais depuis sa véritable mise en route - les deux termes, à la fois le sens de ce que l'on a mis dans la politique de secteur et ce que l'on a mis en termes d'attente face à la question de l'habitat, ont été profondément bouleversés depuis une cinquantaine d'années. Il me semble qu'une grande partie de nos difficultés actuelles à mettre ensemble ces deux termes, à apporter des réponses en matière d'habitat à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, à apporter des réponses en santé mentale aux questions d'habitat, de façon plus générale, viennent précisément de cette évolution.

Je vais essayer très rapidement de répondre et d'aborder ces questions, en commençant par revenir sur ces deux termes qui se sont posés non pas aux origines du secteur, mais dans un passé suffisamment lointain. Je ne ferai pas une longue histoire du secteur. Je pourrais y consacrer des heures... Mais il me semble important de souligner deux choses. D'abord, parler « du » secteur, c'est probablement un abus de langage. Il vaudrait mieux parler « des » secteurs, au pluriel, dans un double sens. Dans un sens d'abord géographique, puisque comme vous le savez tous, les secteurs ne sont pas égaux les uns par rapport aux autres. Je pense que l'expérience d'Halima n'est pas représentative, à cet égard, de ce qui se fait dans tous les secteurs, même si elle dit une certaine vérité du secteur. Les secteurs ne sont pas tous les mêmes.

D'autre part, les secteurs ont profondément été transformés, ont profondément évolué au cours de leur histoire. Entre 1960, la date des premiers textes qui ont véritablement lancé la politique des secteurs - je pense que vous avez tous entendu parler de la circulaire du 15 mars 1960, qui est un texte évidemment important, mais qui n'est pas forcément le plus important -, et aujourd'hui, la date que je vais retenir pour ce matin, celle qui me semble importante pour le secteur est vraiment le tournant des années 1970, les premières années de la décennie 1970. Cette date est importante à plusieurs titres. D'abord, parce que, comme le disait Halima, elle voit le secteur être véritablement lancé, opérationnalisé, mis en route par les acteurs sur le terrain, à la fois sous l'impulsion de l'État, qui met en place un certain nombre de textes, dont un texte sur le conseil départemental de santé mentale - je ne me souviens plus du terme exact -, qui, à certains égards, préfigure le conseil local de santé mentale d'aujourd'hui, et qui date de 1970 ou de 1972. Mais d'autres textes aussi, notamment

des incitations financières en direction des psychiatres, qui font que massivement, la profession s'engage dans la mise en place du secteur. Le deuxième élément important est que c'est également un tournant pour cette profession en termes de renouvellement de celle-ci, avec l'ouverture de la profession de psychiatre, d'abord, mais aussi des autres professionnels de la santé mentale, au sens large, en incluant aussi les travailleurs sociaux. Une ouverture par le biais de recrutements, de formations, qui fait que l'on se retrouve sur un marché professionnel qui n'a plus rien à voir avec ce qui s'était passé dans les années 1960. Nous avons une génération absolument entière de nouveaux jeunes professionnels qui vont arriver sur les territoires, se saisir de la sectorisation et se lancer concrètement dans la création d'institutions sectorisées. Il est important de le souligner, parce que c'est cette génération-là qui va complètement dominer l'histoire du secteur, qui va être concrètement aux manettes dans les secteurs pratiquement jusqu'à aujourd'hui encore, en vérité. Nous vivons un peu la fin de cette génération formée dans les années 1970.

Le troisième élément extrêmement important de ce tournant des années 1970, et d'une certaine façon, c'est un paradoxe pour le secteur, qui s'était pensé comme une réponse globale, qui était pensé comme un instrument médico-social - et le terme qui était employé dans la circulaire de 1960 était le terme « médico-social », ce qui peut choquer aujourd'hui, parce que « médico-social », ce n'est évidemment pas le secteur, - c'est que les représentations ont évolué. Le secteur a originellement été pensé comme une réponse médico-sociale, totale, aux problèmes des personnes. Or dans les années qui précèdent immédiatement 1975, on a vu la création d'un secteur médico-social qui, au fond, n'intègre pas le secteur. À l'époque, cela a fait l'objet de discussions considérables et de controverses entre les psychiatres et les acteurs du handicap. Cela a été une façon de mettre en tension ce qui allait être mis en place dans les secteurs autour de la question de savoir ce qu'était le sens de ce qui se faisait dans le secteur. Une grande partie de la position qui va émerger à ce moment-là dans les secteurs, c'est que le travail de secteur a une dimension fondamentalement thérapeutique. Cela peut aller complètement de soi, aujourd'hui, mais cela n'allait pas complètement de soi dans les années 1970. Si vous prenez la littérature des années précédentes, le secteur portait une volonté de réadaptation, de réhabilitation extrêmement forte, sur laquelle il a reculé après les années 1970.

Le dernier élément qui s'est mis en place dans les années 1970, c'est, au-delà des acteurs, des cadres réglementaires et institutionnels, un cadre intellectuel, qui est profondément marqué, dans les années d'après 1968, par les idées de libération des mœurs qui touchent toute la société, qui

se traduit, en psychiatrie, par la promotion de l'autonomie des personnes, qui est portée notamment par des mouvements antipsychiatriques et qui, là aussi, va profondément marquer tout ce qui va se passer jusqu'à aujourd'hui encore. Je pense à tout ce que nous avons autour du rétablissement, qui nous vient de là, avec un détour par les États-Unis, éventuellement, mais qui vient profondément de cette époque-là.

Si l'on se penche sur ce qu'étaient les projets de cette psychiatrie de secteur, ce qui est frappant, c'est que l'enjeu, pour ces psychiatres, ces professionnels, ces infirmiers, ces travailleurs sociaux qui se sont engagés là-dedans, était avant tout d'inventer, avec les secteurs, de nouvelles façons de soigner les personnes dans d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique. J'insiste sur ce point, parce que le terme de psychiatrie communautaire qui circulait à l'époque peut prêter à confusion. Ce qui était en question, à cette époque-là, était peut-être moins de réinsérer la personne dans son environnement, même si c'était une dimension, que de mieux insérer la psychiatrie dans la cité. Cela peut apparaître comme une nuance subtile, mais elle me paraît absolument fondamentale. L'idée, pour les psychiatres de cette époque, était véritablement de sortir eux-mêmes, et peut-être même plus que leurs patients, des hôpitaux psychiatriques, où les cadres réglementaires et législatifs de la période précédente les avaient enfermés. Je vous rappelle que la loi de 1938, qui organisait la psychiatrie jusque dans les années 1960, qui l'organisait légalement, mais même aussi institutionnellement, faisait que l'on était admis à l'hôpital psychiatrique uniquement sous contrainte. Aujourd'hui, la contrainte est une dimension absolument résiduelle, d'une certaine façon, même si elle est importante. Mais c'était la norme absolue dans les années 1960 et cela impliquait aussi que les psychiatres, pour des raisons que l'on pourrait aujourd'hui qualifier d'éthiques – ce n'était pas exactement le terme, à l'époque –, ne pouvaient pas non plus sortir eux-mêmes de leur institution pour aller soigner les personnes. L'enjeu profond de cette psychiatrie était de se réinventer soi-même, en tant que psychiatre professionnel au contact des personnes, dans de nouvelles façons de travailler. Dès lors, la question du logement n'était pas la préoccupation centrale de ces psychiatres. Il y avait deux préoccupations beaucoup plus importantes pour eux. Il y avait d'abord la question de l'institution, qui a été au cœur du questionnement de la psychiatrie sur son travail dans ces années-là. Lorsque l'on a inventé des choses, notamment les premiers appartements associatifs, les hôpitaux de jour et d'autres choses de ce genre, c'était en termes d'institutions que ces structures étaient pensées et pas tellement en termes de logement ou de fonction sociale de ces structures. Je vous renvoie d'ailleurs au livre d'Alain Ehrenberg, *Le Malaise dans la société*, où, par une comparaison

avec les États-Unis, il montre bien ce point. La question de l'institution était donc centrale.

Le deuxième point qui est absolument central pour comprendre les années 1970, c'est l'intérêt ou la fascination – le terme est assez fort, mais je pense quand même qu'il capte ce qui était dans l'air – pour la psychose comme expérience limite, comme expérience extraordinaire et comme expérience qu'il fallait vivre soi-même en tant que soignant avec les patients. Au fond, un grand nombre de ces institutions que l'on met en place à ce moment-là sont construites non pas tellement comme des structures pour faire circuler des patients et réinvestir les lieux de la cité, mais comme des structures hors la cité, comme des utopies, et je pense que le terme caractérise bien un certain nombre de ces lieux. Je pense à un lieu comme La Borde, qui a été le paradigme de l'utopie à cette époque et qui a profondément marqué la psychiatrie de cette époque. C'est un lieu hors sol dans lequel on va vivre des expériences extraordinaires. C'est ce qui explique que le logement en tant que tel, la question de l'habitat, n'est pas un enjeu qui saute aux yeux, alors même, et c'est un paradoxe, que l'on est au début de ce tournant qui va aboutir à la sortie des malades des hôpitaux psychiatriques et à leur retour dans la cité. Ce n'est pas un enjeu, mais il faut mettre là une petite nuance, parce que la question est néanmoins portée par un petit segment de la psychiatrie et une partie des usagers et des familles, autour de l'Unafam, autour de la réflexion de la loi de 1975 sur le handicap, autour de la volonté de créer des structures de logements, des foyers, et plutôt des foyers qui soient non psychiatriques et non gérées par la psychiatrie.

Il y a une autre raison au fait que le logement n'est pas une question aussi centrale que cela. C'est une raison plus large, qui tient à la façon dont les politiques sociales, dans ce pays, étaient travaillées, problématisées, à un niveau très général, qui tourne autour d'une forme d'optimisme social. Un optimisme qui n'était pas forcément partagé: il y a aujourd'hui des travaux sur les Trente Glorieuses, qui montrent bien que la vision du progrès que l'on attribuait à cette période n'était largement pas partagée par tout le monde. Mais cet optimisme était au moins partagé par les élites et les élites politiques. Il tournait autour de l'idée qu'au fond, le développement économique, d'une part, et le progrès technique, d'autre part – et la psychiatrie médicale, la capacité à soigner, à guérir les gens, était incluse dans le progrès technique – allaient complètement résorber les problèmes des politiques sociales, c'est-à-dire que l'on n'aurait plus besoin, à terme, de politiques sociales. Sur la question du logement, cela s'est traduit très concrètement par tout ce qui a été fait autour dans le cadre de la planification, puisque nous étions dans une économie planifiée. Ce sont des choses

qui font peur, aujourd'hui, mais qui ont profondément marqué la France de l'après-guerre. Dans la planification, on a eu l'idée que l'on arriverait, par un effort de coordination, de programmation, appuyé également sur un ensemble d'études fines des comportements des individus, à apporter une solution massive aux problèmes de logement de l'ensemble de la population française. Ces problèmes étaient infiniment plus graves qu'ils ne le sont aujourd'hui. Il faut insister sur ce point. Au sortir de la guerre, à la fois du fait du sous-investissement pendant la guerre et probablement, pendant la période antérieure, du fait de la décolonisation et du retour en métropole de toute une masse de colons, notamment des pieds noirs d'Afrique du Nord, on a eu, jusqu'aux années 1970, une crise de logements qui est pratiquement sans commune mesure avec celle que nous connaissons aujourd'hui, même si cette dernière est particulièrement sévère. Malgré cette crise, l'effort de construction, notamment du côté du logement social, l'effort de construction autour des grands ensembles, cette utopie, là aussi, des grands ensembles, a néanmoins permis de penser que l'on allait arriver à aborder ces questions, à y répondre entièrement. De fait, lorsque l'on est arrivé dans les années 1970, au moment où le secteur s'installait, cette crise du logement était pratiquement en voie de résorption. Cela a amené une réorientation des politiques du logement et un abandon massif de l'investissement dans la construction, de la planification de la construction, qui expliquent aussi la situation que nous avons aujourd'hui, la nouvelle crise qui a émergé ensuite. Mais le point important, c'est que les années 1970-1980 étaient marquées par un optimisme sur la possibilité globale d'améliorer les conditions de logement pour tous, y compris pour les populations qui sortiraient éventuellement des hôpitaux psychiatriques.

Je conclurai en faisant un bond, un *fast-forward* jusqu'à aujourd'hui, pour apporter rapidement quatre éléments sur les raisons pour lesquelles on me pose la question, à moi, maintenant, de ce qui n'a pas marché sur le secteur. J'ai oublié d'insister sur tout ce qui aurait pu marcher sur le secteur, mais ce serait trop long. Je le garde éventuellement pour la discussion. Pourquoi me pose-t-on la question, aujourd'hui, de ce qui n'a pas marché sur le secteur ? Parmi les quatre éléments que je vais citer, j'insisterai seulement sur le troisième.

Il y a d'abord un fait massif, et M. Prévost y a bien fait allusion dans sa présentation, qui est le retour de la crise dans les questions du logement, une crise qui est très française, que des pays voisins ne connaissent pas comme nous. Encore une fois, il serait trop long d'avancer sur ces éléments, mais de fait, nous vivons actuellement une situation d'un marché extrêmement tendu pour tout le monde et en particulier, pour les couches

de population qui sont en bas des couches intermédiaires et en haut des couches populaires. Cela a abouti à une redéfinition de l'ensemble de la politique du logement, et notamment la politique du logement social, vers les franges les plus dés-insérées, les plus vulnérables des populations. C'est ce qui explique tous les problèmes que nous avons, la force que prennent aujourd'hui les questions de santé mentale dans les logements HLM. Cela tient au fait que ce sont aujourd'hui ce genre de personnes, de groupes sociaux, c'est-à-dire les plus désaffiliés, les plus susceptibles de cumuler les difficultés sociales et éventuellement médicales, qui habitent dans ces lieux. Je crois que la question du logement, et c'était le cri du cœur de Laurent El Ghozi en début de matinée, dépasse très largement tout ce que l'on peut essayer de penser en termes de rustines locales. C'est évidemment un problème de fond qui touche tout le monde et en particulier, les populations les plus vulnérables.

Le deuxième élément que je voudrais souligner, c'est probablement autour du secteur, également, la fin d'un cycle et la fin de la phase que je décrivais tout à l'heure, avec cette génération formée dans les années 1970, qui a porté le secteur, qui est en cours d'être remplacée, et qui l'est déjà probablement dans beaucoup de lieux, par une génération suivante, qui ne porte pas exactement les mêmes idéaux, les mêmes visions, les mêmes conceptions du travail, qui n'a pas les mêmes attentes face à son travail. Il y aurait certes des développements à faire, mais pour cette génération, la question sociale ne se pose pas forcément de façon aussi massive qu'elle pouvait se poser pour des psychiatres qui avaient encore, malgré tout ce que j'ai dit, cette vision d'une mission médico-sociale face à ces personnes.

Le troisième élément que je voudrais souligner, c'est qu'il y a, aussi, du côté des usagers de la santé mentale, une nouvelle demande sociale. Je ne sais pas ce que va vous dire Alain, mais le connaissant, je pense qu'il insistera sur ce point. C'est notamment tout ce qui est porté autour du rétablissement et la nouvelle demande, qui prolonge celle des années 1970 mais qui la reformule et surtout, l'affirme de manière politiquement plus forte, autour des idéaux d'autonomie, de vivre sa vie à soi et notamment, dans des logements indépendants. Cette nouvelle demande passe aussi par la qualité du logement. Je n'ai pas non plus insisté sur ce point, mais malgré tout ce que l'on peut dire sur la crise actuelle, les conditions de logement et surtout, dès lors, les attentes que l'on a face à ce qu'est un bon logement, ont été sérieusement élevées depuis les années 1970. C'est aussi l'une des sources de la crise actuelle : on est beaucoup plus exigeant et cela coûte plus cher.

Mon dernier point sera pour dire qu'il me semble que la crise de ces deux termes, « santé mentale » et « habitat », vient précisément de la mise en tension de ces deux termes, aujourd'hui, et de la difficulté à penser cette tension, parce que nous sommes, à l'articulation de ces problèmes, dans une sorte de zone grise en termes de problèmes qu'ont les personnes elles-mêmes. La difficulté d'habiter est-elle un problème social ? Est-ce juste un problème de moyens ? S'agit-il d'un problème psycho-pathologique, un rapport à l'espace, un rapport à soi, un rapport à son corps qui est perturbé chez ces personnes et qui explique les difficultés ? Est-ce autre chose ? Je ne sais pas. Nous sommes dans une zone grise du côté des problèmes, mais la difficulté est aussi que nous sommes ans une zone grise du côté des professionnels. Zone grise à deux titres. D'un côté, parce que nous avons toute une zone de pratiques qui, pour les professionnels eux-mêmes, n'est pas toujours extrêmement bien définie, y compris dans la nature des rôles professionnels que doivent assumer ces pratiques. Je veux dire par là que nous avons vu, depuis les années 1970, une explosion des métiers au croisement du social, du médico-social et de la santé mentale, une explosion des professions dont un certain nombre recouvre des missions qui ne sont pas forcément extrêmement bien définies, y compris pour les professionnels eux-mêmes, les acteurs de ces travaux eux-mêmes, ce qui fait qu'il est très difficile de savoir ce que font les gens. C'est d'autant plus difficile, et cela caractérise aussi cette zone grise, que les systèmes d'information, de définition, de réglementation sont extrêmement flous sur ces questions. Ce qui renforce et entretient cette zone grise, c'est le fait que l'innovation est devenue aujourd'hui, dans le système de santé mentale, un instrument de gouvernement de la politique de santé mentale et du médico-social. Je renvoie à ce que je disais à l'instant autour de la planification. Si, dans les années 1970, on planifiait des équipements, aujourd'hui on stimule l'innovation, avec de très bons côtés autour de ce que cela implique comme engagement professionnel, comme engagement de la part des usagers également, mais aussi avec un certain nombre de mauvais côtés autour de l'incapacité à définir des besoins, à penser une politique d'équipements, d'aménagement du territoire, qui explique qu'au fond, il est assez pratique de laisser l'ensemble de ces questions dans une espèce de flou artistique dans lequel on ne sait pas forcément très bien qui doit répondre à quelle situation, mais où l'on espère qu'une innovation s'en saisira.

J'ai été beaucoup trop long et je vous remercie d'avoir tenu... Je vous laisse la parole pour la discussion.

Applaudissements

« Patrick Padovani

Merci à tous les intervenants d'avoir respecté le temps et pour tous les sujets sur lesquels ils nous ont amenés à réfléchir. On y trouve constamment le mot « évaluation », le mot « critères », le mot « collaboration » et parfois aussi, le mot « rupture ». On y retrouve aussi le problème du choix, également le problème des enjeux et de la construction de ces enjeux, avec toutes les difficultés qui sont celles de s'inscrire dans des parcours où finalement, on revient toujours à la même idée : ce sont des champs qui ont vocation à se rencontrer, à travailler ensemble, mais qui sont sur des valeurs, sur des réglementations et parfois, sur des blocages qu'il faut franchir. Il faut trouver, je pense un plus petit dénominateur commun pour pouvoir construire ces parcours ensemble.

Nous allons maintenant laisser la salle s'exprimer et nous allons prendre les premières questions ou les premières réflexions.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

«• Bernard Topuz,

médecin de santé publique, coordinateur du CLSM de Montreuil

Je suis coordinateur du conseil local de santé mentale de Montreuil et je suis également médecin de santé publique. J'avais envie de rebondir sur deux choses évoquées ce matin. D'abord, l'espèce de flou qu'il y a eu, un peu avant la table ronde, sur la définition d'une « maison gouvernante ».

Je rebondis aussi sur la dernière phrase du sociologue disant, si j'ai bien compris, qu'à l'heure actuelle, on fait moins de planification que de stimulation de l'innovation. Par rapport à cela, j'aurais envie de poser une question : ne faudrait-il pas créer un indicateur, qui serait le taux de places de logement accompagné en santé mentale, qui inclurait toutes les places de maisons gouvernantes, résidences accueil, maisons relais, appartements à vocation thérapeutique, habitat diffus accompagné, par rapport à la population générale ? Cela me paraîtrait faire avancer le débat. À Montreuil, nous avons à peu près dix places de logement accompagné. Je me suis rendu récemment au Havre pour voir ce qu'il s'y passait. Au Havre, ils ont 120 places. Le Havre compte environ 150 000 habitants et Montreuil, 100 000 habitants. Il y a donc quelque chose de très différent.

Je voudrais enchaîner sur l'intervention d'Halima Zeroug-Vial, où j'ai trouvé qu'il y avait un certain paradoxe à montrer que le secteur était totalement saturé de demandes et en même temps, dans ce que vous racontez, je n'ai pas entendu, mais peut-être ai-je mal entendu, une alliance avec le secteur médico-social. Vous avez bien parlé de contractualisation avec des bailleurs, avec des usagers, mais c'est comme si le secteur psychiatrique, dans ce que j'ai entendu, devait tout faire. Quand je reviens à l'histoire du Havre, que l'on m'a brièvement racontée, il y a vingt, un secteur psychiatrique a contractualisé avec du médico-social, a donné huit postes équivalents temps plein et de là est née une association médico-sociale qui gère les 120 places, qui a donc un impact formidable sur la ville du Havre. Elle s'appelle Côté cours. Les personnes qui entrent dans le médico-social, dans du logement accompagné, doivent avoir un projet d'accompagnement psychiatrique, mais cela s'arrête là : c'est l'association Côté cours qui gère l'accompagnement des 120 places. Je trouvais que c'était un paradoxe dans votre intervention.

«• Patrick Padovani

Soyez un peu plus courts dans l'exposé de vos questions, s'il vous plaît.

«• Halima Zeroug-Vial

Je n'ai effectivement pas parlé des différentes modalités d'articulation et vous avez peut-être saisi, dans ce paradoxe, une sorte de malaise. Il y a des articulations. On ne peut pas dire qu'il n'y en a pas. Mais il n'y a pas une colonne vertébrale claire de ce que cela devrait être. C'est au coup par coup. Nous avons une association qui vient, qui nous demande si nous pouvons nous voir, qui nous demande ce que nous dirions d'une contractualisation. Dans notre CMP, nous donnons un temps d'infirmier qui va dans un foyer Adoma, par exemple, nous avons un temps d'infirmier qui va dans un CCAS. En réalité, il y a énormément d'articulation, mais avec le temps, et peut-être avec un pessimisme lié à l'âge, je constate qu'il n'y pas de colonne vertébrale, de principe directeur fort quant à cette articulation. C'est ce qui crée aussi le malaise chez les uns et chez les autres, je pense. C'est-à-dire que l'on ne sait pas où s'arrête la compétence des uns, où commence celle des autres. Il se passe énormément de choses : je ne peux pas dire qu'il ne se passe rien. Ce serait totalement faux. Il y a beaucoup de liens, de conventions, de liens particuliers, de réunions communes, mais ce qui manque, c'est un principe directeur fort que tiendrait peut-être l'hôpital, ou la ville, ou l'ARS, je ne sais pas.

Je suis tout à fait d'accord avec ce qu'a dit Nicolas Henckès sur le fait qu'en ce moment, il y a une sorte d'enthousiasme incroyable pour tout ce qui est innovation et d'une certaine façon, je n'y avais jamais pensé, mais il y a un certain bénéfice à cela : cela évite d'affronter une question qui est fondamentale, celle des besoins. Et qui est le chef d'orchestre ? Qui dit : « il y a besoin de tant de logements » ? Est-ce la ville ? Est-ce l'ARS ? D'ailleurs, on ne sait pas comment le plan territorial de santé mentale va être mis en place puisque les ARS ne connaissent pas tous les interlocuteurs du logement et de l'habitat. Il manque quelque chose de fort et une réflexion forte autour de ces articulations, qui sont peut-être trop ponctuelles, trop dépendantes de personnes et trop éphémères, puisque quand la personne s'en va, tout tombe.

« Patrick Padovani

Pour répondre à la question sur le quota d'appartements qui seraient réservés, il est particulièrement difficile de trouver des quotas, parce que chaque bailleur social a ses règlements, ses engagements, et chaque bailleur social doit répondre à ses problématiques. Qu'il le fasse dans ses engagements personnels et qu'on le pousse dans ses engagements personnels, d'accord, mais que l'on ait un quota sur un territoire dans lequel tous les bailleurs sociaux mettent au pool un, deux ou trois appartements, c'est une contrainte qui a du mal à s'exprimer.

« Bernard Topuz

Ce n'est pas du tout ce que je voulais dire. Je voulais parler d'un indicateur qui permettrait de comparer des villes sur l'effort qu'elles font en places accompagnées, incluant l'ensemble des dispositifs, sur la population globale. Entre Le Havre et Montreuil, l'échelle est de 1 à 10. Cela signifie qu'il y a des endroits où cela ne va pas du tout, et il faut arriver à le dire.

« Halima Zeroug-Vial

L'idée du projet territorial de santé mentale, le PTSM, c'est cela. C'est d'harmoniser, de faire un diagnostic territorial de tous les besoins. C'est très ambitieux. Nous nous réunirons peut-être dans trois ou quatre ans pour voir ce que cela a donné. Mais il s'agit bien de faire un diagnostic territorial en mettant autour de la table tous les acteurs du social, du médico-social, du sanitaire, du juridique, les élus, la préfecture, etc. pour parler des questions de santé mentale et des besoins. L'idée est que dans chaque territoire, il y ait ce que Laforcade a appelé un « panier de services minimum nécessaire ». Il faut, par exemple, qu'il y ait une équipe mobile en psychiatrie et précarité, des CLSM, etc. On rêve, mais il faut continuer de rêver.

« Laurent El Ghozi

Tout cela prend du temps, on continue d'avancer mais pendant ce temps, il y a juste des gens qui souffrent en attendant que tout cela soit mis en place, partout.

« Yves Buisson,

membre du Conseil citoyen de Montreuil, administrateur de l'institut Renaudot

J'ai été intéressé par le fait que vous avez rappelé, qu'il y a quelques années, quelques décennies, on était tombé dans cette espèce de fascination vis-à-vis des troubles psychiques. Mais quiconque a eu à un moment ou à un autre de sa vie un épisode psychotique, sait à quel point c'est une énorme souffrance, et l'on ne peut plus aujourd'hui l'idéaliser comme on l'a fait il y a quelques années. Pour autant, il ne faudrait pas que cela nous fasse oublier que toute personne réputée normale a en elle des failles, des ombres, qui, en général, tiennent bien si l'on est bien inséré socialement et qui parfois, peuvent s'ouvrir, amener à déraiper. Si l'ensemble de la société prenait conscience de cela, peut-être que la relation institutionnelle avec les personnes souffrantes en serait facilitée. Ce que je suis en train de dire est peut-être une complète utopie, mais j'y crois quand même fortement. Si nous n'avions pas ce besoin de mettre à l'écart, comme dans la période des années 1800 et quelques, où nous avons eu un président de la République qui voulait ré-enfermer tous les gens qui souffraient psychiquement parce qu'ils étaient dangereux, si nous changions, au-delà du plan des représentations, mais sur un plan de civilisation, on pourrait avancer. Mais il est évident qu'une personne qui « pète un câble », comme on dit, mais qui a les moyens, dont la famille est aisée, n'aura pas de souci pour trouver un endroit où vivre, où habiter, éventuellement où être soignée, et que si c'est une personne qui n'a pas les moyens, cela devient beaucoup plus compliqué. Nous l'avons vu dans le film tout à l'heure.

« Thomas Bosetti,

coordinateur de projet, Médecins du monde

Merci d'avoir fait un bilan historique, qui nous permet de faire le constat. Mais je n'ai pas l'impression que le constat nous avance beaucoup pour la suite. On reste sur le constat que le secteur a failli quelque part, et l'on se demande ce que cela va faire pour la suite. Il faudrait peut-être que nous ayons une vision géographique, et pas uniquement historique, de ces problématiques. On se plaint beaucoup de la mondialisation, mais il y a quand même quelques bons côtés. Cela rend légitime le fait d'aller voir ce que font nos voisins. Nous avons la chance d'avoir une communauté de langue avec les Québécois, qui proposent vraiment beaucoup de choses et qui sont tout à fait disposés à partager leurs savoir-faire. Il est intéressant de savoir que les Québécois regardent aussi beaucoup du côté des modèles hollandais. C'est un pays qui a pu changer sa politique de secteur

de manière massive sur le modèle des « suivis intensifs dans la communauté ». Ce sont des choses qui sont modélisées, qui fournissent beaucoup de données, pour monter ces équipes. Une équipe de suivi intensif accompagne 100 personnes. Elle est composée d'un psychiatre et de neuf autres personnes venant d'autres milieux professionnels. La question de l'accès au logement est incluse dans la problématique de l'équipe de suivi intensif au même titre que celle de l'accès à l'emploi. En fait, les modèles sont là, mais pour nous, Français, ce qui va être difficile à accepter, c'est que nous n'allons pas inventer ce modèle. Nous n'avons pas à l'inventer : il existe, il a été testé dans de nombreux endroits. Nous en parlerons peut-être un peu cet après-midi. Je pense qu'à un moment, il faut arrêter de regarder dans l'histoire. Cela ne viendra pas de nous. Mais nous le ferons peut-être à notre sauce, nous ferons peut-être quelque chose de mieux.

«• Dolorès Torres,

psychiatre de secteur dans les quartiers nord de Marseille

J'ai trouvé très intéressante la position du collègue de Montreuil. L'évaluation de tout ce qui existe sur le terrain pourrait être effectuée par les conseils locaux de santé mentale, peut-être pas sous la forme d'un indicateur, mais en tout cas, en indiquant où c'est développé, où cela ne l'est pas et en montrant comment l'on peut s'inspirer les uns des autres.

Je voudrais faire deux remarques sur l'exposé de Nicolas Henckès. D'abord, il y a eu plusieurs générations de psychiatres qui se sont succédées. Il n'y en a pas eu qu'une seule. J'ai aussi envie de dire que vous n'avez pas du tout parlé du fait qu'à partir des années 1990, puisque la circulaire de 1990 est fondamentale – merci, M. Bauduret! –, il n'y a pas du tout d'accompagnement sur le terrain par les pouvoirs publics pour aider les établissements de santé mentale à évoluer. Après, cela se fige et cela va être livré à l'initiative individuelle. Certains vont se battre, d'autres vont moins se battre et une disparité va ainsi se créer, avec une stimulation de l'innovation. Mais il faut savoir qu'en France, à partir d'un certain moment, il y a eu un arrêt de la politique d'accompagnement de l'évolution de la psychiatrie et de la santé mentale. Pour ma part, je date cet arrêt après la circulaire de 1990, qui est un peu restée lettre morte. On n'est pas passé dans le dispositif d'après.

J'entends le pessimisme de ma collègue de Lyon, que je partage. J'essaie de ne pas y succomber, mais je le partage, et il y a plusieurs personnes des équipes de secteur qui sont dans la salle qui savent de quoi je parle. Je pense qu'effectivement, nous sommes dans une espèce d'épuisement, à

l'heure actuelle, parce que c'est « place à l'innovation » : il faut répondre à un appel à projets, il faut être innovant. J'espère qu'un vrai plan sortira du dispositif national, mais moi, j'ai plutôt tendance à croire à la puissance du terrain. Or actuellement, je trouve qu'elle est absolument écrasée par ce qui se joue notamment au niveau des ARS et des contrôles budgétaires.

«• Véronique Trolliet,

responsable du service logement social et logement accompagné à la Commune nouvelle d'Annecy

Au sujet de l'évaluation des besoins, je voulais rappeler que dans chaque département, il existe un service intégré d'accueil et d'orientation, le SIAO, qui est supposé recenser toutes les demandes d'hébergement en logement adapté, faire des orientations et qui est chargé également d'une mission d'observatoire des besoins et de recensement des structures avec leurs spécificités. Tout dépend comment il est organisé, selon les départements. Le SIAO de Haute-Savoie a une mission un peu médico-sociale, avec une évaluation médicale et sociale. Cela peut tout de même être un endroit où l'on peut recueillir de l'information. Comme c'est piloté par l'État, on trouve aussi des chiffres nationaux et il est possible de comparer de département à département.

«• Gilles Dreuslin,

service de l'habitat de Rennes métropole

Je suis en charge d'un pôle « dispositifs de solidarité » à Rennes métropole. S'agissant de l'indicateur qui a été évoqué, c'est aussi le rôle des PLALHPD de faire cette évaluation, qui devait être faite à 360°, de recenser l'ensemble de l'offre dédiée pour ces publics en fragilité psychologique, mais pas uniquement. Je pense qu'il est important d'aller chercher ces informations.

Deuxième réflexion : je pense que dans les deux premières interventions, vous avez peut-être fait l'impasse sur l'importance des travailleurs sociaux. Les bailleurs se sont équipés, en tout cas sur notre territoire, de services un peu spécifiques qui sont également chargés de faire le lien avec les autres partenaires, notamment ceux du secteur des soins.

J'ai trouvé l'ensemble du propos sur le lien entre le secteur et l'accès ou le maintien dans le logement relativement alarmiste. Cela fait une quinzaine d'années que j'occupe mon poste et j'ai l'impression d'avoir vu les choses bouger, les murs tomber, dans une certaine mesure. Il reste

beaucoup de choses à faire, mais nous avons développé un certain nombre de réponses en résidence accueil, en logement accompagné... Il y a les dispositifs de Fonds de solidarité logement dans le cadre de l'accompagnement social lié au logement qui peuvent y répondre. Sur le territoire, nous avons mis en place un accord-cadre entre la ville, la métropole, les bailleurs et le centre hospitalier sur des cellules de réflexion, sur du logement d'insertion, sur la façon de communiquer entre nous, qui, à mon avis, va dans le bon sens.

Enfin, je vous livre une dernière réflexion sur ces réponses aux appels à projets, à l'innovation. Ils présentent de l'intérêt parce que cela permet d'aller capter du financement, mais je pense qu'il faut déjà assurer ce que l'on fait bien et avoir une pérennité des financements pour tous ces dispositifs qui existent déjà.

«● **Emmanuelle Laboury,**
pôle d'innovation sociale Logirem

Logirem est un bailleur social de la région.

J'allais dire des choses qui sont très similaires à ce qui vient d'être dit. Premièrement, que l'on ne se trompe pas : l'innovation sociale, ce n'est pas toujours inventer, c'est parfois prendre des choses qui fonctionnent ailleurs, que l'on n'a jamais testées et qui permettent de répondre à des besoins que l'on a identifiés et que l'on ne sait pas combler sur un territoire. Les méthodes des Québécois sont donc tout à fait bienvenues, je pense. Deuxièmement, une fois que l'innovation a été mise en œuvre, la question, pour moi, est surtout de savoir quels moyens l'on mobilise pour faire en sorte que toutes les innovations qui sont validées par tout le monde comme étant intéressantes, qui fonctionnent, qui trouvent leur bon public, deviennent des dispositifs pérennes, c'est-à-dire où l'on trouve les ressources financières et les ressources humaines pour les mettre en œuvre.

«● **Mélanie Tridon,**
Fondation Abbé Pierre

Je voudrais pointer un cas pour lequel il n'a pas été émis de solution. Dans nos missions d'accompagnement des personnes pour l'accès aux droits liés au logement, nous rencontrons des personnes, notamment dans le cadre des procédures d'expulsion locative, qui ne sont pas dans le parc social, chez des bailleurs sociaux avec qui nous pouvons travailler

et donc, prendre du temps pour accompagner les personnes et éviter une expulsion, mais des personnes qui sont dans le parc privé, qui souvent ne sont pas connues des CMP ou des services médico-psychologiques et qui n'ont pas l'intention d'aller vers un CMP parce qu'elles n'en ressentent pas le besoin. Mais nous, travailleurs dans le domaine de la psychiatrie, qui travaillons dans le domaine de l'accès au logement, nous avons ce ressenti et nous sommes un peu démunis, parce que nous voyons qu'il y a un problème, que nous aurions besoin de soutien. Mais comme les CMP sont débordés, leurs équipes ne viennent pas au domicile des personnes. Les équipes mobiles, elles, travaillent plutôt auprès des personnes qui n'ont pas ou qui n'ont plus d'habitat. Or notre objectif, à nous, est de faire en sorte que les gens ne perdent pas leur logement, mais nous sommes complètement démunis. Dans le cas d'une procédure d'expulsion locative, je vous laisse imaginer une personne vulnérable parce qu'ayant des troubles ou des traumatismes : quand on arrive en fin de procédure et que l'expulsion est imminente, nous avons l'impression de ne pas avoir pu travailler correctement, de n'avoir pas pu trouver les bons relais pour essayer de sortir par le haut de cette situation, par exemple en accédant à un logement social de droit commun. Il est aussi important, en effet, que les personnes ayant des troubles puissent accéder au logement social par le biais du droit commun et pas nécessairement par des dispositifs particuliers. Mais comment faire en sorte que ces personnes, qui ne sont pas du tout dans une démarche de soins mais qui, à notre sens, en auraient besoin et pour qui cela peut bloquer les démarches d'insertion par le logement, rencontrent des personnes qui pourraient les accompagner dans un parcours de soin ?

«● **Halima Zeroug-Vial**

En effet, nous avons oublié de parler du parc privé. C'est une question très difficile. Est-ce que cela relève des missions du secteur d'aller vers des situations où la personne ne veut pas venir et où il faut aller vers elle ? Il se trouve que dans certaines situations, dans certains secteurs, cela se fait. Comme le disait Nicolas Henckès, cela dépend des secteurs et des situations. J'ai travaillé un peu en géronto-psychiatrie, et nous le faisons assez facilement pour les personnes âgées, en prenant le temps de savoir s'il y avait quelqu'un qui connaissait la personne pour aller vers elle. Mais il est vrai que le secteur a un peu déserté ce pan de mission, malheureusement, et l'on se retrouve, à la fin, avec des situations catastrophiques puisque c'est trop tard et que la personne est expulsée. Il me semble que maintenant, c'est le CLSM qui peut pointer ces situations, faire le lien avec le secteur

sanitaire, voir s'il y a d'autres personnes qui peuvent entrer en lien. Pour moi, actuellement, le meilleur lieu serait le CLSM, qui serait un lieu de prévention de situations d'expulsion.

«• Laurent El Ghozi

Merci. Je rebondis sur ce que tu viens de dire, avec quelques remarques. Au sujet du modèle hollandais, pour ce que j'en sais, c'est quand même une forme d'enfermement au dehors. Ils sont dehors, mais dans un cadre extrêmement contraint, dont je ne suis pas sûr qu'il soit compatible avec la manière de faire en France. Le modèle québécois, c'est autre chose. Mais ce que je sais du modèle hollandais ne me donne pas envie de l'expérimenter en France.

Sur les innovations ou en tout cas, ce que les Français peuvent inventer, je rappelle qu'avec le Centre collaborateur de l'OMS, en 2010, nous avions fait un colloque européen, dans le cadre de la présidence européenne, auquel participaient sept villes, dont une ville hollandaise – je ne sais plus laquelle –, où il y avait un psychiatre et un élu et où la conclusion unanime, reprise par l'OMS Europe, était que lorsque les psychiatres et les maires travaillaient ensemble, avec leurs responsabilités partagées, qui ne sont pas les mêmes, cela allait clairement un peu moins mal.

Je reviens sur ce qu'a dit Nicolas Henckès au sujet de la rupture, qui est effectivement tragique, entre la loi de 1970 relative à l'hôpital et la loi de 1975 relative au médico-social, qui a entraîné la rupture entre les DRASS et les ARH, qui a duré longtemps, et que les ARS, pour certaines, commencent à réparer mais sans aller jusqu'au social. On a en effet regroupé le sanitaire et le médico-social au sein des ARS, encore que ce ne soit pas toujours si clair. En tout cas, c'est le même directeur général... Mais le social reste complètement en dehors, pour l'essentiel aux mains des Conseils départementaux. Hormis au niveau local, où les choses peuvent se rabibocher, d'une certaine façon, se parler ensemble, travailler ensemble, je ne vois pas comment l'on peut faire. C'est pourquoi je suis d'accord avec ce que tu viens de dire, Halima : c'est l'intérêt du CLSM, qui est le lieu, la manière, peut-être, d'essayer de parler de tout cela à la fois, c'est-à-dire du social, du médico-social, du soin, du logement, des expulsions locatives... Un maire peut parfois contribuer à suspendre ou à retarder une expulsion locative, sous réserve qu'il en soit informé. Mais pour cela, il faut un lieu de parole suffisamment libre et confiante pour que l'on puisse en échanger. Il me semble que le concept de psychiatrie citoyenne, via le CLSM, est peut-être capable de retisser tous ces liens

couvés. C'est peut-être la nouvelle utopie de la santé mentale. En tout cas, c'est ce à quoi j'essaie de croire.

S'agissant des moyens des secteurs et donc, de ce que font les secteurs, il y a une extrême diversité. Vous avez raison de dire « les » secteurs. Il y a des secteurs qui ont dix lits d'hospitalisation et qui, pour la même population, font très bien le travail parce qu'ils ont énormément de services hors les murs, hors l'hôpital. Cela, c'est la désinstitutionnalisation, le vrai virage ambulatoire. Et il y en a d'autres qui ont 100 lits avec de multiples moyens intra-hospitaliers mais qui ne font pas tout ce travail de liaison. Cela fait partie de l'inachèvement du secteur voire de son échec, on le dit comme on veut, et de ce qui reste à reconstruire.

«• Didier Febvrel,

médecin-directeur responsable du service de la santé publique et des handicapés de la ville de Marseille

On ne peut pas laisser dire, en recommandation, que le CLSM est la structure qui va résoudre les problèmes individuels. Nous devons absolument réfléchir au fait qu'il faut que l'on fasse des politiques publiques qui sont pour tout le monde, plutôt qu'une politique qui de plus en plus vise à s'occuper de situations individuelles. Si ce n'est pas le secteur qui s'occupe du soin individuel, je ne sais pas qui le fait. En tout cas, ce n'est pas au CLSM de résoudre cela, très clairement. Moi, je ne veux pas que l'on sorte de cette salle en disant cela, parce que sinon, nous qui nous occupons du CLSM, nous allons nous retrouver dans quelque chose qui est impossible.

«• Laurent El Ghozi

Si tu as compris cela, je l'ai mal dit. Le CLSM n'est pas un lieu de soin dont c'est clairement la responsabilité entière du Secteur.

«• Halima Zeroug-Vial

Bien sûr, le CLSM n'est pas un lieu de soin. Simplement, devant des situations qui n'arrivent pas par le soin, comment faire en sorte qu'elles arrivent jusqu'au soin ? Quel est le chemin pour que cela arrive jusqu'au soin ? C'est une vraie question. Pour moi, le CLSM peut être un moyen pour que cela arrive jusqu'au soin. Mais évidemment, on ne va pas faire une thérapie dans le CLSM.

☞ **Patrick Padovani**

C'est d'autant plus vrai aujourd'hui avec les « saucissonnages », si je puis m'exprimer ainsi, des secteurs en territoires, et en territoires mal définis. Aujourd'hui, dans les politiques qui sont présentées, on parle beaucoup de territoires, mais chaque territoire a une différence géographique. Il faudra bien quand même qu'il y ait, au sein d'un organisme, quelqu'un qui essaie de rassembler les secteurs et les territoires dans une réflexion conjuguée. C'est probablement la place des CLSM de travailler sur cette notion d'éclatement dans les différents territoires.

☞ **Laurent El Ghozi**

Nous terminons la matinée et nous nous retrouverons à 14 heures précises. Bon appétit, revenez vite car l'après-midi sera longue.

QUID EST L'« INNOVATION » ?

«• Laurent El Ghozi

Je vous propose de reprendre, avec un peu de retard, dont je vous prie de nous excuser. J'appelle Alexandra Fourcade, élue de Neuilly, qui va animer cette table ronde, Karine Pouchain-Grépinet, Célia Chischportich, Adrien Pichon, Pascale Estecahandy et Magali Coldefy.

Animation : Alexandra Fourcade, adjointe au maire de Neuilly-sur-Seine déléguée à la santé et à la dépendance, conseillère départementale des Hauts-de-Seine, administratrice d'ESPT

«• Alexandra Fourcade

Bonjour à tous. Je remercie la ville de Marseille et surtout les organisateurs de ces deux journées, qui portent sur une thématique éminemment importante pour nous, élus locaux. Je remercie évidemment Laurent El Ghozi, au titre de l'association « Élus, santé publique & territoires », qui est quelqu'un avec qui j'ai beaucoup de synergie de pensée sur la manière dont les élus doivent s'impliquer sur toutes ces questions de santé mentale.

J'ai moi-même un profil médecin de santé publique. J'ai commencé ma « carrière » dans les hôpitaux de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris en tant que médecin hospitalier de santé publique de base, comme on dit, enfin comme médecin « normal ». J'ai eu la chance, à un moment donné de mon parcours, de pouvoir entrer dans l'engagement politique en matière de santé publique sur un territoire, les Hauts-de-Seine, territoire que Laurent El Ghozi connaît bien, dans sa commune dont on ne peut pas dire qu'elle ait les mêmes caractéristiques sociodémographiques et économiques que Neuilly-sur-Seine. Mais pour autant, sur ces enjeux de santé publique et sur le rôle d'un élu et la manière de conduire ses politiques de santé, je pense qu'il y a beaucoup de points communs qui transcendent totalement les engagements que nous pouvons avoir par ailleurs dans nos vies politiques. Cela les transcende parce que d'abord, je pense que fondamentalement, comme cela a été dit ce matin, le rôle d'un élu, c'est avant tout de résoudre des problèmes. Nous sommes là pour cela. Nous sommes là pour résoudre les problèmes des citoyens, nous sommes là pour faire avancer les choses, et s'il y a vraiment une caractéristique qui m'a frappée, lorsque j'ai pris mon mandat pour la première fois, c'est que lors de mes permanences, y compris à Neuilly-sur-Seine et

dans les Hauts-de-Seine, j'ai été étonnée par le nombre de personnes qui venaient demander conseil à l'élue que j'étais sur des questions liées à la santé mentale. Je ne vous cache pas que l'habitat n'était pas au cœur de la problématique, mais la santé mentale représentait vraiment une source de questionnement et d'interrogation des citoyens qui m'a paru particulièrement cachée et difficile à faire remonter en dehors d'un entretien en face à face comme on peut l'avoir dans une consultation médicale. Cela m'avait vraiment frappée. Et effectivement, au fil des années, avec un peu plus d'expérience de terrain et en bénéficiant de l'expertise de l'association « Élus, santé publique & territoires », je me suis rendu compte que la santé mentale, en tout cas, était une problématique sur laquelle les élus ne pouvaient pas rester indifférents, parce que cela dépasse très largement le sujet de la prise en charge sanitaire.

Trois choses m'ont frappée, dans la discussion, pour en arriver à la table ronde de cet après-midi, sur ces questions d'habitat et de santé mentale.

La première chose qui m'a frappée, c'est l'information. Même ayant ce parcours de santé publique et presque dix ans de mandat, je dois dire que je ne connais pas les dispositifs en matière de logement social, la trentaine de dispositifs différents qui a été évoquée ce matin. Je crois qu'il y a un enjeu majeur, un défi d'innovation déjà sur l'information. L'information des gens qui s'occupent du logement sur ce qu'est le lien entre santé mentale et logement et réciproquement, l'information des personnes qui s'occupent de santé mentale, donc des psychiatres. Cela a été dit ce matin, dans les études médicales, je ne pense pas que l'on ait beaucoup d'heures de cours sur la manière dont le sujet du logement doit intégrer la prise en charge thérapeutique de ces patients. Je pense donc qu'il y a un énorme défi sur l'information.

Il y a un deuxième défi, qui est celui de la connaissance des liens entre les problèmes de logement et les problèmes de santé mentale. Pour nous tous ici, parce que nous travaillons sur le sujet depuis ce matin et que nous allons y travailler demain, il paraît évident que le problème du logement entre en compte dans la question de la santé mentale. Mais il y a tout de même encore des choses à faire pour démontrer, sur le plan de la connaissance scientifique – et c'est là où l'innovation et la recherche ont aussi un rôle à jouer –, qu'il y a des liens très forts entre le fait d'avoir ou non un logement et les problèmes de santé mentale. Je pense que nous avons besoin d'avoir des travaux scientifiques de recherche qui démontrent des résultats. Il y en a certainement, mais je pense qu'il faut les porter à la connaissance pour convaincre à la fois les bailleurs sociaux et les élus. Nous sommes un petit cercle d'initiés ici, mais je pense qu'il reste encore beaucoup à faire pour le défi de la connaissance.

Enfin, le troisième défi, et je m'arrêterai là pour l'introduction, puisque c'est l'objet de cette table ronde, nous l'avons vu ce matin. Quelqu'un a opposé ce matin planification et innovation. On a laissé tomber la planification pour faire de l'innovation, avec une certaine fragilité sur le côté de l'innovation, puisque ce sont des dispositifs qui ne sont pas pérennes et qui n'ont pas forcément vocation à s'inscrire dans la durée. Je pense qu'il ne faut pas les opposer parce que normalement, si l'on parle de planification au sens d'élaborer une politique publique, je pense qu'une politique publique doit se baser sur des résultats d'innovation et de recherche. Cela rejoint un peu le deuxième défi que j'évoquais. Au contraire, les deux doivent se nourrir. C'est parce qu'une innovation a apporté des résultats, parce qu'elle a apporté la preuve qu'elle amène une vraie valeur ajoutée dans les dispositifs qu'il faut trouver les moyens, en termes de politiques publiques, quand on est responsable de politique publique au plan national ou au plan local, de l'intégrer, pour que cette innovation puisse être pérennisée, si tant est qu'elle apporte un bénéfice. Et celles qui ne marchent pas, on les laisse tomber et l'on passe à autre chose.

C'était une remarque préalable. Je vais rapidement passer la parole à des gens qui connaissent parfaitement le sujet, ce qui n'est pas mon cas, sur les expériences d'innovations dans le domaine du logement. Je donne d'abord la parole à Karine Pouchain-Grépinet, pour la Fondation de France, qui va nous faire un retour d'expérience sur cinq années de financement de projets innovants. La règle est la même pour tout le monde : quinze minutes. Je propose d'enchaîner les interventions et ensuite, nous passerons aux questions, à la fin de cette table ronde.

FONDATION DE FRANCE : RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR CINQ ANNÉES DE FINANCEMENT DE PROJETS INNOVANTS

« Karine Pouchain-Grépinet,

responsable du programme « Maladies psychiques » de la Fondation de France

Merci beaucoup et merci de me donner l'occasion de vous présenter brièvement ce retour d'expérience de la Fondation de France.

La Fondation de France a été créée en 1969. Nous sommes le premier réseau français de philanthropie, puisque nous accueillons près de 830 fondations sous notre égide, et nous intervenons, dans le cadre de nos programmes, dans tous les domaines de l'intérêt général. L'un de ces domaines concerne les questions de santé mentale, qui nous animent aujourd'hui, et ce au sein de plusieurs programmes, à la Fondation de France: depuis plus de trente ans, au sein du programme « Santé des jeunes », plus récemment, au sein d'un programme sur les questions de recherche fondamentale et clinique en matière de maladies psychiatriques, et depuis 2004, au sein du programme « Maladies psychiques », sur lequel je vais axer ma présentation.

Ce programme a été créé en 2004. Il avait trois objectifs majeurs: favoriser une meilleure insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité, contribuer au décloisonnement des pratiques, donc faire en sorte que le sanitaire, le social, le médico-social, les familles et les usagers eux-mêmes puissent co-créer, co-construire un projet, et c'est vraiment l'un des critères clés de notre appel à projets, toujours aujourd'hui. Enfin, nous l'espérons, troisième objectif, par les projets que nous finançons, contribuer à faire changer les représentations vis-à-vis de la maladie psychique.

Je vous propose un petit bilan chiffré pour vous montrer le volume des projets que nous voyons au sein du comité. Entre 2004, date de la création du programme, et 2016, nous avons financé 406 projets pour un volume d'environ 6,5 M€. Cela paraît beaucoup, mais annuellement, c'est un budget de 600 000 €. Nous sommes un bailleur privé, somme toute modeste, surtout si l'on parle de financement d'opérations d'habitat, qui peuvent tout de suite se chiffrer à des montants importants pour un projet. Le titre de mon intervention était « retour d'expérience sur cinq ans ». J'ai donc fait l'exercice sur cinq ans, pour vous montrer que la question

de l'habitat est vraiment centrale dans notre programme. En effet, sur les cinq dernières années, un tiers des projets soutenus concernent les questions d'habitat. Si l'on prend juste l'année 2017, c'est la moitié des projets soutenus. Vous voyez que c'est une question qui remonte de façon très prégnante.

Je centrerai mon intervention autour de deux questions: dans un premier temps, partager avec vous quelques opérations que nous avons pu financer, et dans un deuxième temps, partager les questionnements que le comité d'experts qui nous aide à choisir, à sélectionner les meilleurs projets, se pose régulièrement pour financer ces projets.

Les innovations que je voudrais partager avec vous sont de trois ordres. Il y a un premier type d'innovations en termes d'offre d'hébergement, c'est-à-dire de palette de dispositifs que nous évoquions ce matin. Le deuxième type d'innovations porte sur les dispositifs de maintien dans le logement et le troisième type, sur les outils.

S'agissant de la palette d'offres, l'un des leitmotifs du comité est de pouvoir financer une palette diversifiée de dispositifs en matière d'habitat. Comment regardons-nous ces projets du point de vue de l'innovation, à la Fondation de France? Nous nous interrogeons pour savoir en quoi le projet apporte des réponses nouvelles à des besoins émergents ou non couverts jusqu'alors, comment il mobilise des techniques d'intervention peu ou pas expérimentées. Nous regardons donc l'innovation du point de vue des méthodes et des solutions offertes. Mais parfois, nous regardons aussi les innovations de façon beaucoup plus modeste. En effet, l'innovation peut aussi être sur un territoire. Un dispositif peut exister en Bretagne mais pas du tout à Marseille. Pour nous, c'est un caractère d'innovation. Des dispositifs peuvent également exister pour une population A mais ne pas exister pour un autre public ciblé, B, par exemple. Je vais vous en donner quelques exemples.

Sur la palette diversifiée, nous sommes amenés à financer différents types d'habitat, que ce soient des habitats regroupés, partagés, jusqu'à des appartements plus individuels.

Parmi ces habitats regroupés, on peut donner l'exemple des résidences accueil. Les résidences accueil ne sont pas forcément innovantes en elles-mêmes. Elles sont assez structurées par un cahier des charges de l'ARS. Mais elles peuvent être innovantes sur certains territoires, et certaines résidences accueil ont besoin d'un petit coup de pouce au démarrage, notamment pour faire fonctionner leur modèle économique pendant un, deux ou trois mois. Cela peut être également la mise en place de rési-

dences accueil, mais éclatées, dans le diffus. Cela a été le cas d'Espoir 18, à Bourges. L'innovation peut enfin résider dans le fait de mettre en place une résidence accueil auprès d'un public cible très particulier. Je pense en l'occurrence à la maison Jane Pannier, à Marseille, qui a mis en place une résidence accueil au bénéfice de femmes isolées.

Le deuxième type d'habitat regroupé, ce sont les familles gouvernantes, qui ont été évoquées ce matin. Je ne reviendrai donc pas sur le sujet. La première famille gouvernante a été créée dans les années 1995 à Reims, il me semble, mais aujourd'hui encore, sur certains territoires, il n'en existe pas dans certaines zones. Il est important pour nous de pouvoir donner ce petit coup de pouce pour les mettre en place.

Il existe d'autres formes d'habitat regroupé, parfois dans des zones plus rurales, des lieux de vie adossés parfois à des fermes, comme l'UDAF dans les Deux-Sèvres, ou pour des publics très particuliers, comme nous l'avons vu ce matin dans le film avec le Marabout, ou encore le lieu qui s'appelle le 85, également à Marseille, porté par HAS. Et en ville, il y a des types d'habitat regroupé qui sont portés notamment par Ensemble autrement dans le Nord, qui est en train de créer tout un réseau, le réseau HAPA, pour l'habitat partagé et accompagné. C'est un réseau à suivre et qui sera très innovant.

Notre financement peut porter aussi sur des appartements en individuels, qui sont parfois des appartements relais, d'évaluation, pour tester la capacité à habiter, ou au contraire, des appartements dans la cité : nous avons beaucoup parlé des partenariats avec les bailleurs sociaux, ce matin, mais nous en avons également avec des bailleurs privés. Historiquement, cela a pu prendre la forme d'appartements associatifs à visée thérapeutique – Nicolas Henckès est d'ailleurs en train de travailler à une étude pour Santé mentale France sur le devenir de ces dispositifs – ou l'intermédiation locative, qui a été évoquée ce matin.

Il existe des formes un peu hybrides, entre l'habitat regroupé et les appartements plus individuels. Je pense par exemple à un projet très intéressant, que nous avons financé cette année, qui s'appelle la Sérigoule. C'est un EHPAD, en région Rhône-Alpes, qui se voit confronté à l'accueil de publics souffrant de troubles psychiatriques, mais assez jeunes, plutôt de 60 ou de 65 ans, alors qu'en EHPAD, ils sont habitués à avoir des publics plus âgés. La solution choisie par cet établissement était de proposer des appartements individuels à ces personnes, avec des temps collectifs quand elles le souhaitent, notamment au moment des repas ou de certaines activités, avec tout l'étayage médical et social que peut apporter l'EHPAD.

C'étaient quelques initiatives sur l'offre d'hébergement que nous avons pu financer.

Nous avons financé d'autres innovations en termes de dispositifs de maintien dans le logement. Cela portait beaucoup sur la question de l'aide à domicile, donc la formation des intervenants de l'aide tels que les auxiliaires de vie, comme avec le projet Icare à Dijon, ou encore, puisque nous parlions des bailleurs sociaux ce matin, la formation des gardiens d'immeuble, sujet qui remonte beaucoup dans les projets que nous voyons. Je pense à l'ÉPOC, dans le 19^e arrondissement de Paris, ou à Maison blanche, dans le 20^e, qui font tout un travail à la fois de création d'outils et de formation des gardiens, qui sont un peu les vigies pour savoir si une personne va un peu plus mal dans son quotidien. Je voulais également partager avec vous une expérimentation, puisque nous parlions ce matin de Côté Cours au Havre. Une expérimentation se met en place, portée par Handéo et Côté Cours, pour la pratique : l'expérimentation d'un SPASAD, c'est-à-dire la réunion d'un service infirmier, donc un SSIAD, et d'un service d'aide à domicile, un SAAD. Avec cette expérimentation se pose la question de savoir si le SPASAD sous cette forme-là était la plus adaptée pour le handicap psychique. Côté Cours est donc en train d'expérimenter la réunion de son SAMSAH et de son service à domicile. L'association est en train d'observer ce qui se passe en termes de coopération des équipes, d'acculturation et d'outils mis en commun.

Le troisième et dernier type d'innovations que je voulais partager avec vous, ce sont des outils que nous avons également pu financer – vous avez vu le film de Séverine, ce matin – pour dé-stigmatiser la maladie et également, pour former éventuellement des travailleurs sociaux ou des bailleurs sociaux. Un autre film a été fait par l'ASM 20, à Paris, en lien avec le CNASM. C'est un film documentaire à propos des soins de réadaptation dans les appartements associatifs à visée thérapeutique. Et puisque nous sommes à Marseille, je voulais également vous parler d'un très bel outil qui s'y est mis en place, la mallette Alto, portée par Alternative 11, qui permet d'être accompagné par des animateurs, avec de petits livrets pour les animateurs et des livrets pour les personnes qui seront résidentes dans les hébergements, qui permet de travailler sur l'accès au logement ou le maintien dans le logement, avec des sujets très pratiques comme l'entretien domestique, la vie sociale et le voisinage ou la gestion administrative.

Ce sont quelques initiatives, qui ne sont absolument pas exhaustives, parmi les projets que nous avons pu financer ces cinq dernières années.

Outre ces innovations, je voulais aussi partager avec vous les questions que se pose le comité pour choisir les projets, parce qu'au-delà de ces

expériences, je pense que cela rejoindra les débats que nous avons pu avoir ce matin.

La première question que se pose le comité, c'est de savoir s'il s'agit vraiment d'innovation. Nous en reparlerons peut-être juste après avec l'intervention de Magali Coldefy. Est-ce que ce sont vraiment de nouveaux dispositifs ou est-ce que l'on n'est pas en train de voir de nouveaux acteurs qui s'emparent de dispositifs déjà mis en place par certains psychiatres dans les années 1970 ou 1980 ?

Un autre point d'attention du comité au moment de la sélection des projets est la place du sanitaire. Je pense que la question qui revient le plus souvent au sein du comité d'experts de la Fondation de France, c'est : « où est le secteur psychiatrique ? » dans un projet, et ce sont parfois les psychiatres eux-mêmes qui se posent cette question, où en est la mobilité des équipes du secteur, où est l'engagement des hôpitaux, que ce soit sous la forme de mise à disposition de personnel pour certains projets ou de redéploiement des équipes. Il y a aussi une difficulté pour les acteurs sociaux ou médico-sociaux à connaître ou à reconnaître les partenaires du sanitaire sur un territoire donné.

Au-delà de la place du sanitaire, la troisième question, plus largement, est de savoir quelle est la place des partenariats sur ces projets pour permettre un accompagnement global, quelles sont les collaborations avec les SAVS et les SAMSAH sur ces dispositifs, avec l'aide à domicile. C'est d'autant plus criant dans le cadre de l'intermédiation locative. Nous le voyons bien pour les projets que nous soutenons : le poste d'accompagnement pour l'intermédiation locative n'est pas financé et c'est souvent sur cet aspect-là que nous sommes sollicités, notamment pour des postes d'AMP, par exemple. Cet accompagnement nous semble d'autant plus crucial, sur certains projets, comme le disait ce matin Laurent El Ghazi, que l'on risque de voir se recréer de la solitude dans les appartements ou même dans des habitats groupés, en colocation, et nous voyons dans le suivi des projets que nous soutenons, qu'il y a souvent une sous-estimation, de la part des porteurs de projet, de l'importance de travailler cette reprise d'une vie sociale, que ce soit le lien avec la famille ou avec un GEM, avec la vie culturelle, la vie sportive, etc.

La quatrième question qui constitue un point d'attention du comité est la place des usagers eux-mêmes dans ces projets, voire, quand c'est possible, la co-construction du projet avec les usagers. Il est dit, dans l'argumentaire de ces journées, qu'il y a une importance contemporaine qui est accordée à la notion de choix de l'individu, à la notion de projet personnel, à la fois sur la partie relative au projet de soin, mais aussi sur la

partie relative au parcours résidentiel. C'est une vraie difficulté, dans les projets que nous voyons remonter, parce que les dispositifs d'hébergement sont souvent imaginés très en amont et que l'on ne sait pas encore forcément quelles personnes vont pouvoir en bénéficier. La co-construction est donc parfois très difficile, mais les projets où cela a pu se mettre en place nous montrent qu'il y a une vraie garantie à la fois d'une meilleure appropriation des lieux par les personnes, d'une meilleure capacité à habiter et également, d'une meilleure sensibilisation du voisinage, qui est davantage prêt à accepter qu'un tel dispositif arrive dans son quartier.

Au sein du comité d'experts de la Fondation de France, nous avons aussi des représentants des usagers. Il y a un représentant des proches, des familles, mais il y a aussi deux personnes concernées par un parcours de psychiatrie, qui sont toujours très sensibles à la souplesse de l'accompagnement que les projets vont pouvoir présenter. L'une des questions qui est souvent posée, c'est de savoir si l'accompagnement ne sera pas trop intrusif dans la vie quotidienne pour ces personnes. Le comité étudie donc la capacité du porteur de projet à mettre en place un accompagnement à la carte, selon les besoins de la personne, donc d'une vraie souplesse, avec des modalités d'accompagnement très variables, à la fois en termes de ressources humaines et d'intensité.

Les plus beaux projets que nous avons pu voir remonter sont ceux où ces dispositifs d'habitat ont vraiment pensé la mise en valeur des compétences des personnes elles-mêmes, des futurs résidents. Je pense par exemple au relais Ozanam à Grenoble, qui a mis en place une résidence accueil et qui a vraiment travaillé l'intégration des personnes dans la vie locale et même, dans la vie politique locale, en les faisant participer aux conseils locaux de quartier, en les formant également en psychoéducation pour repérer entre eux si l'un de leurs colocataires va un peu plus mal. Certains sont même devenus formateurs de travailleurs sociaux sur ces troubles psychiques.

Le dernier point d'attention auquel le comité est très sensible dans le choix des projets, c'est la pérennité et la question du modèle économique des projets. Sur certains types d'habitat groupé, notamment les familles gouvernantes ou ce qu'a pu faire Ensemble Autrement dans le Nord, il y a des possibilités de mutualisation de la PCH qui permettent la pérennité d'un poste de coordination ou de postes d'accompagnement. Mais cela ne concerne qu'un type de public et pas nécessairement toutes les personnes souffrant de troubles psychiques. Le comité a vraiment le souci de regarder le possible relais par les pouvoirs publics pour que ces expérimentations que nous finançons sur un, deux ou trois ans puissent perdurer et être financées par le droit commun.

Pour conclure, j'ai voulu vous montrer la diversité des dispositifs que nous avons pu soutenir, les questions qui nous taraudent pour mieux détecter, cofinancer et encourager les initiatives, et partager avec vous la joie d'avoir pu détecter et lancer certains projets, dont certains ont une belle vie, bien après nous, parce qu'ils sont complètement repris par le droit commun.

Merci.

Applaudissements

«• Alexandra Fourcade

Merci beaucoup. J'avais mis le minuteur, mais vous avez terminé exactement dans les temps, en quinze minutes. Bravo ! Il est effectivement très intéressant de voir cette expérience de cinq ans, très riche, de la Fondation de France sur ces questions d'habitat.

Nous allons enchaîner avec trois autres projets innovants. Célia Chischportich va nous parler de l'évaluation d'une intermédiation locale en lien avec la santé mentale. Je vous laisse la parole pour quinze minutes.

ZOOM SUR TROIS PROJETS INNOVANTS

Évaluation de l'Intermédiation locale en santé mentale (IML SM)

«• Célia Chischportich,

consultante au bureau d'études Regards Santé

Je suis consultante en santé publique, j'ai réalisé l'évaluation de l'intermédiation locale en santé mentale à Marseille. Je ne suis absolument pas spécialiste de la santé mentale. Les représentants du dispositif qui le mettent en œuvre sont dans la salle. J'espère qu'ils pourront prendre la parole pour compléter mon propos.

Je propose de vous présenter rapidement le dispositif et les interrogations que nous avons, étant complètement extérieurs à ce dispositif.

REGARDS SANTÉ

Genèse institutionnelle du projet Articulation des politiques de santé et du logement

Rencontre d'intérêt entre une des orientations du COSM (expérimenter le logement accompagné en santé mentale) et le déploiement du dispositif national Solibail sur les Bouches du Rhône (accès au logement les plus exclus)

Déploiement de Solibail dans les BDR à partir de 2009 avec 2 particularités :
baux glissants et **captation** uniquement dans le **parc privé**

Expérimentation de l'IML Santé mentale

- Places fléchées de manière expérimentale pour la santé mentale (15 puis 35)
- Inclusion spécifique : secteurs de psychiatrie 11 et 12 du centre Hospitalier Edouard Toulouse
- Décliné par les porteurs IML en partenariat avec la psychiatrie

Financement complémentaire des places fléchées SM (2 à 3 000 euros compl/an/logement) : Ville de Marseille, GIP Politique de la Ville (Métropole), DRDJSCS

Financement DDCS (DRDJSCS) autour de 6 000 euros/an/logement et accompagnement DREAL

www.regards-sante.com

2

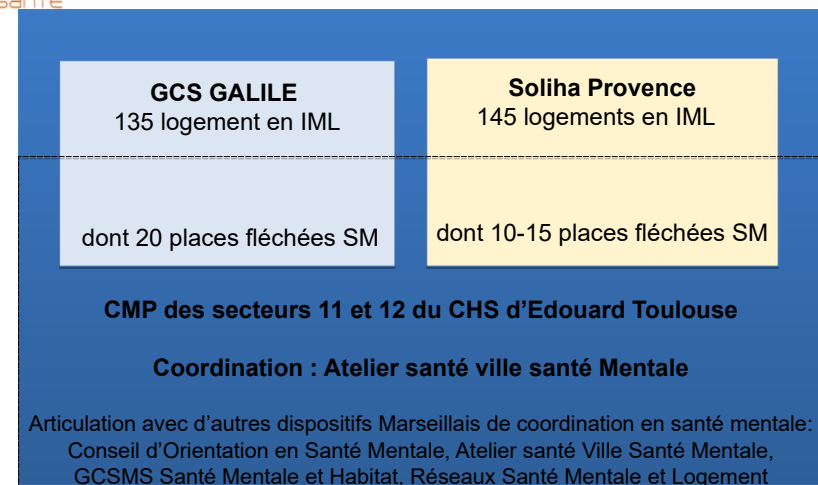
S'agissant de la genèse institutionnelle, ce dispositif est la déclinaison d'un dispositif national, Solibail. Au moment du déploiement par la direction de la cohésion sociale des Bouches-du-Rhône, il y avait une rencontre d'intérêts avec des orientations définies d'une part dans le cadre du comité d'orientation en santé mentale, le COSM - donc les CLSM ailleurs, c'est une des spécificités ici -, et d'autre part, dans le cadre de l'atelier santé ville en santé mentale et inscrites dans le PLSP, qui était d'expérimenter le logement accompagné en santé mentale. La rencontre des intérêts du déploiement d'une politique publique et des constats en santé mentale a permis de réserver certaines places, déclinées dans le cadre de Solibail, pour des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Le dispositif a commencé à se déployer en 2009, avec deux particularités, à Marseille : d'une part, c'était forcément du bail glissant, ce qui n'est pas le cas pour le dispositif Solibail, en tout cas, cela dépend des lieux ; d'autre part, il s'agissait de captation uniquement dans le parc privé. Le dispositif général bénéficie d'un financement DDCCS et d'un complément pour les places fléchées en santé mentale pour une intervention resserrée des porteurs d'IML, sachant qu'il y a également l'importance du secteur 11 et du secteur 12 de la psychiatrie, qui y déploient leurs missions de secteur.

Parmi les partenaires opérationnels, il y a le GCS Galilée, qui y est présent depuis le départ. Il s'est créé pour répondre à l'appel d'offres, à l'époque. Il gère 135 logements, dont 20 places spécifiques en santé mentale. Plus récemment, Soliha Provence est arrivé, puisqu'il y avait auparavant un autre porteur. Soliha porte 145 logements, dont dix à quinze places fléchées en santé mentale. Il est important de rappeler ce qu'a évoqué M. Padovani et qui est une particularité de Marseille, à savoir que les secteurs de psychiatrie, les porteurs et les différents acteurs ont l'habitude de travailler ensemble, d'une part dans le cadre de l'atelier santé ville en santé mentale - puisque c'est une spécificité qu'il soit déployé -, d'autre part dans le cadre de réseaux « santé mentale et logement » et d'un GCSMS « santé mentale - habitat ». Ce sont plusieurs dispositifs de coordination dans lesquels les acteurs se rencontrent pour réfléchir, ce qui permet une acculturation assez importante.

La finalité de l'IML est de faire l'expérience d'un logement en étant accompagné et de pouvoir sortir avec un logement autonome. Ces objectifs définis en 2009 s'inscrivent pleinement dans les orientations nationales actuelles de créer du logement pour les personnes en souffrance psychique et dans les objectifs opérationnels de limiter les hospitalisations. Le fait d'éviter le renvoi à domicile dans des appartements inadaptés contribue largement au virage ambulatoire attendu, l'objectif étant bien entendu de faciliter le maintien dans le soin et de lutter contre la chronicité.



Les partenaires opérationnels de l'IML SM



Les objectifs de l'IML SM

Finalité : Faire l'expérience d'un logement en étant accompagné et sortir sur un logement autonome de droit commun

- **Des objectifs qui s'inscrivent pleinement dans les orientations locales et nationales actuelles : créer du logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques**
- Lutter contre les conditions de logement inadaptées pouvant mettre en péril la stabilité de l'état de santé de personnes souffrant de troubles psychiques :
 - Hospitalisation sans nécessité thérapeutique
 - Renvoi après hospitalisation vers des domiciles inadaptés (insalubrité, conflits familiaux, ...)
 - Recours par défaut à l'hôtel meublé ou au CHRS pour éviter la rue
- Faciliter le maintien dans le soin, lutter contre la chronicité, les hospitalisations au long cours

Les porteurs, à savoir le GCS Galilée et Soliha Provence, ont une double mission. La première mission est la captation de logements et la gestion locative adaptée pour aller jusqu'au glissement de bail, autant que faire se peut. L'autre mission est l'accompagnement sur la vie sociale, vie quotidienne et inclusion dans la cité. De l'autre côté, les CMP déploient leurs missions propres avec, bien entendu, l'accompagnement médical et psychiatrique mais également, l'accompagnement social dans la vie quotidienne, mission qu'ils partagent avec les porteurs. Autant vous dire que cela demande un ajustement permanent, parce qu'où est la limite de chacun dans ses activités? Tout cela vise à répondre aux besoins individuels des personnes, et parfois, les besoins ne correspondent pas au cadre des dispositifs, nous allons le voir.

Pour les places fléchées sur la santé mentale, l'orientation est différente de celle du reste de Solibail. Les ménages sont proposés par les secteurs. Ce que je cherche, en tant qu'évaluateur externe, c'est à catégoriser, à faire rentrer des gens dans des cases, c'est comprendre à qui s'adresse ce dispositif, à quels types de pathologies. Au bout du compte, ce qui a été mis en avant, c'est que ce n'était pas le type de pathologie qui faisait la porte d'entrée, mais la gravité de la souffrance et ses répercussions sur la personne pour pouvoir vivre de manière autonome dans un logement.

Je vous ai dit qu'il y avait deux CMP. C'est intéressant, parce que nous avons pu constater que l'orientation des deux CMP était différente en fonction de la palette de logements dont disposait le CMP. On voit qu'il y a une adaptation. Les deux CMP ont également des logements associatifs, mais pour l'un d'eux, c'est plus en veille: il ne fait plus entrer de nouvelles personnes et dès lors, il ne fait pas de différence. Alors que l'autre CMP, qui a à nouveau des places, fait entrer en IML des personnes un peu moins dépendantes. Les personnes plus dépendantes restent dans du logement associatif. Je trouvais intéressant d'illustrer qu'à un moment donné, les acteurs agissent avec les palettes qu'ils ont sous la main et ré-adressent non pas uniquement en fonction du besoin des personnes, mais aussi en fonction de la réalité de ce dont ils disposent. La situation des personnes est présentée en commission d'intermédiation locative. Ces commissions sont coordonnées depuis le début par le coordinateur de l'ASV en santé mentale, qui permet vraiment de faire le lien entre toutes ces équipes de cultures différentes.

Je vous livre rapidement quelques chiffres: 93 situations présentées entre 2010 et 2016, dont 6 situations non retenues, uniquement la première année. C'était vraiment l'année de calage entre la psychiatrie et les porteurs pour comprendre comment il allait falloir mettre en place le dis-



L'orientation sur le dispositif

◆ Sélection des ménages interne aux CMP en pluridisciplinarité

Ce n'est pas le type de pathologie qui fait la porte d'entrée en IML mais la "gravité" de la souffrance et ses répercussions sur la possibilité d'habiter

L'orientation varie en fonction des CMP, dépend de la palette de logement en santé mentale accessible (notamment gestion appartements associatifs ou non)

La spécificité en santé mentale peut porter sur l'**ambivalence** des demandes.

◆ Présentation du ménage par le référent IML du CMP en commission IML SM

◆ Positionnement (ou non du ménage) en commission

- Rencontre du porteur
- Recherche d'un logement adapté à la situation de la personne

www.regards-sante.com

6



93 situations présentées lors des 45 commissions IML (mai 2010 – mai 2016)

	13G12	13G11	Situations
Hommes	37	18	55
Femmes	17	10	27
Familles	6 (dont 3 monoparentale)	1	7
Couples	2	2	4
TOTAL	62	31	93

Issue des présentations :

- Non retenues : 6 (uniquement 1ère année)
- Plus évoquées : 11
- Retenues mais sorties avant logement : 30
- **Ménages logés et accompagnés : 39**
- Positionnés et en attente de logement : 7 (sous estime les besoins : les CMP ne présentent pas de situations quand attente longue)

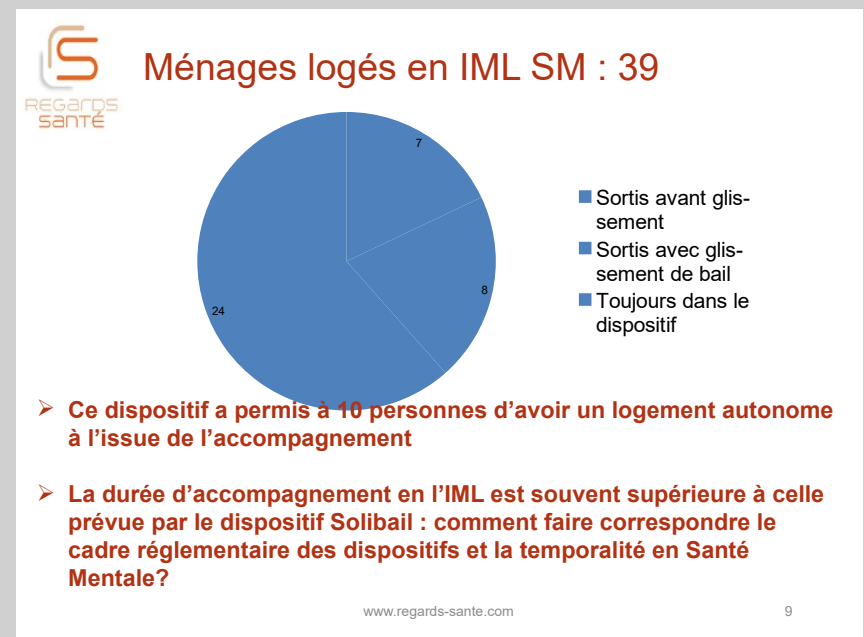
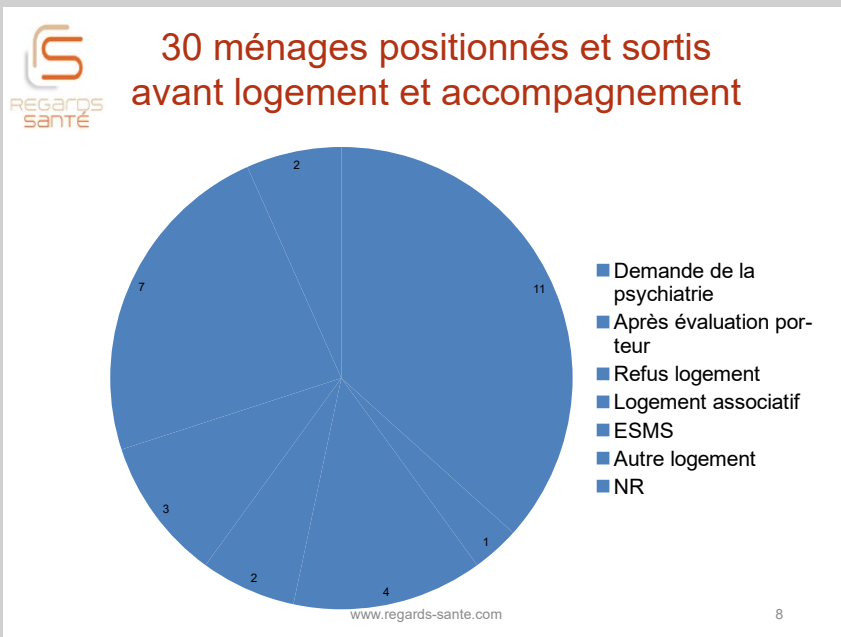
7

positif, puisqu'ensuite, toutes les situations évoquées ont été retenues. En revanche, il fallait à ce moment-là pouvoir capter un logement qui corresponde aux besoins de la personne. Par conséquent, entre le moment de positionnement d'un ménage et le moment où il est retenu, 30 personnes sont sorties du dispositif. Entre 2010 et 2016, 39 personnes ont été logées et accompagnées dans le cadre du dispositif et sept personnes étaient en attente au moment de l'évaluation. Si on cherche des critères par rapport aux besoins, comme il en a été question ce matin, les sept personnes en attente ne représentent absolument pas les besoins du territoire parce que les équipes de psychiatrie s'arrêtent de positionner des ménages quand il y en a qui attendent depuis deux ans et naturellement, trouvent d'autres solutions. On ne peut donc pas faire ce résumé.

Que sont devenus les 30 ménages qui ont été positionnés et qui sont sortis avant ? Onze sont sortis à la demande de la psychiatrie. De l'extérieur, je trouvais cela très intéressant, parce que cela donnait à voir cette non-linéarité des parcours et qu'au moment où ils étaient positionnés, cela correspondait peut-être aux besoins des personnes mais que deux ou trois mois après, ou un an après, cela ne correspondait plus à leurs besoins.

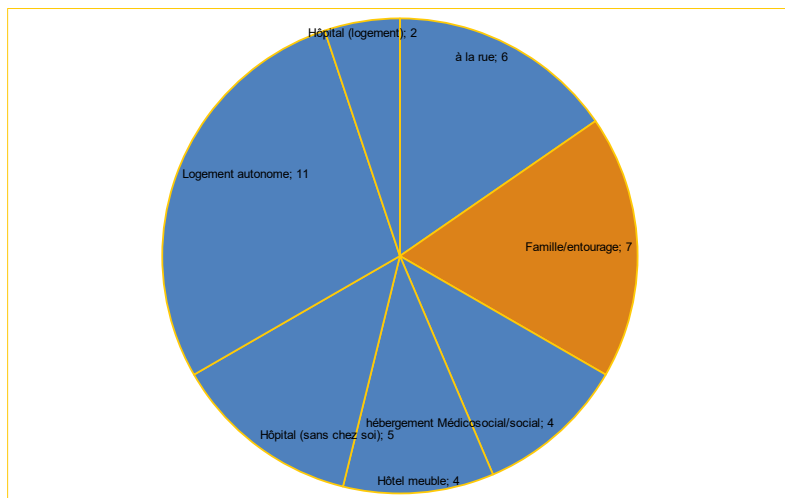
Sur les 39 ménages logés en IML, sept sont sortis avant le glissement de bail, dont une personne qui est partie en hébergement autonome. Huit sont sortis avec glissement de bail. Sur ces personnes, huit personnes ont donc pu acquérir, après accompagnement, un logement autonome, alors qu'aucun n'aurait pu en bénéficier sans le dispositif. 24 personnes sont toujours dans le dispositif.

Deux questions peuvent se poser sur le cadre du dispositif. Pour le dispositif Solibail, l'accompagnement attendu est entre dix-huit mois et trois ans, mais en fait, les personnes restent bien plus longtemps, et c'est souvent le cas en santé mentale. Nous faisons d'autres évaluations en santé mentale et nous voyons que très souvent, la durée pour aller vers l'autonomie est peu prévisible et souvent, peu dépassée. Par ailleurs, au moment de l'évaluation, il y avait, à l'inverse, quelqu'un qui aurait pu glisser très rapidement, qui était complètement autonome, mais cela aurait été une perte de chance pour le bailleur, puisque pendant que le logement est dans l'IML, le bailleur a des avantages fiscaux, et il les aurait perdus. Par conséquent, que le temps soit trop long ou trop court, on sent que l'on est coincé par le cadre du dispositif.



Situation des 39 ménages avant entrée dans IML

Rayé : personnes sans chez soi / Point : personnes avec logement non adapté



Dans ce dispositif, on peut voir qu'il y a un accompagnement transdisciplinaire, que l'on peut retrouver dans le médico-social, mais qui est intersectoriel. C'est-à-dire que l'accompagnement est fait par la psychiatrie et par les porteurs, avec une acculturation difficile au sein des équipes. Mais ils ont réussi à relever ce défi.

Par ailleurs, nous avons relevé la délicate notion, qui revient souvent, du « savoir habiter » ou d'investir un logement, qui reste à étayer. Nous avons pu observer les réunions des professionnels lors du film et nous sommes rendu compte qu'au-delà du film qui a pu être créé, c'est aussi un lieu de discussion sur le « savoir habiter » qui a émergé. Autour du « savoir habiter », il y a un fort impact des représentations de chacun.

J'ai sélectionné des extraits de témoignages de ce que l'intermédiation locative pouvait amener aux personnes. Je n'ai pas le temps de tous vous les citer. Le plus marquant, pour moi, est celui d'une personne qui était depuis six ans dans le dispositif, donc depuis le début, qui disait que cela ne faisait que deux ans qu'elle avait vraiment compris le sens du dispositif et surtout, que pour elle, c'était la seule chance de ne pas rester à l'hôpital.

Les ménages logés et accompagnés

7-8* sont sortis avant glissement de bail :

- 2 personnes après 2 à 4 mois : 1^{ere} expérience de logement ne répond pas au besoin de la personne : retour au domicile familial et un autre qui a trouvé un HLM avec un taux d'effort moins important
- 1 personne après un an : qui n'a jamais habité le logement
- 5 sont restés entre 16 et 25 mois : 2 sorties pour incurie ou trouble voisinage non gérable, 2 pour retour dans leur famille et 1 logement autonome

8 sont sortis avec glissement de bail : dont 5* au moment du déconventionnement d'un porteur

➤ **24 sont toujours dans le dispositif**

* 1 est entré à nouveau

Accompagnement transdisciplinaire et intersectoriel

Après six ans : **bonne articulation et coopération entre les porteurs et les équipes des CMP**. Les équipes reconnaissent leurs compétences mutuelles .

Culture commune : travaux communs dans le cadre du COSM, de l'ASV SM, des RSML, et du déploiement de ce projet.

- Les équipes de structures différentes relèvent le défi de travailler en pluridisciplinarité autour des personnes
- Interconnaissance qui favorise la PEC commune en santé mentale au delà des places fléchées des l'IML
- Les notions de savoir habiter ou investir un logement restent à étayer (avec les personnes)



Des extraits de témoignages

- *"Pour moi, maintenant, un appartement c'est un endroit pour se retrouver, pour se poser. Ça n'a pas été toujours comme ça. Depuis 2 ans, je crois, j'ai compris que c'était vraiment important pour moi, si je ne veux pas finir à l'hôpital. »*
- *"Au début, c'était difficile l'appartement. Une fois quand j'ai été hospitalisée, j'avais peur de revenir, je croyais que mon appartement était envahi, mais c'était la maladie. Il y a eu un peu des problèmes avec les voisins, ils ont compris que j'étais malade. Mais maintenant ça se passe bien. »*
- *« C'est difficile de trouver un appartement seul, on n'a pas de garant pour le loyer. Cet appartement est à mon nom, c'est moi qui gère mon budget (je le paie par virement une fois par mois). Je sais que certain n'arrive pas à payer, le bail ne pourra jamais être à leur nom. »*
- *« Je ne me sens pas seul, la solitude c'est dans la rue. Tu es coupé du monde quand tu habites dans la rue, coupé de tout, personne ne te parle, ne te regarde. Avec un appartement tu ne te sens pas abandonné. »*
- *« L'accompagnement social pourrait se faire en fonction des personnes, de leur besoin et surtout de leur degré d'autonomie et des capacités. Peut-être aussi en fonction du désir et des périodes. »*
- *« Le CMP et PACT m'ont bien expliqué le cadre du logement en IML : l'accompagnement social, le suivi par le CMP et ils ont pris en compte mes souhaits pour l'appartement. Je n'aurais pas pu être dans un grand immeuble avec beaucoup de monde. Ici il y a un locataire par étage (donc 4 locataires en tout). »*

13

Pour finir, il y a une question que nous nous posons et que nous souhaitons partager avec vous. On voit que toutes les notions autour des parcours de santé placent les patients au centre de la prise en charge. Il est indiqué que c'est au système de s'adapter aux parcours et aux personnes, et plus l'inverse. Quid dans le médico-social ou dans ces dispositifs en santé mentale, où il y a certainement plusieurs facteurs ? avec la temporalité en psychiatrie, qui manifestement – je ne fais que traduire ce que nous avons entendu –, peut ne pas être la même, aussi parfois, l'ambivalence des demandes. Ce matin ont été évoquées ces questions de consentement et d'ambivalence dans les demandes et la nécessité pour les équipes de se débrouiller avec cela.

Je vous remercie de votre attention.

Applaudissements

« Alexandra Fourcade

C'est extrêmement précis comme timing, là encore. Pour le modérateur, c'est facile parce que ce sont exactement quinze minutes.

Quand je vous entends parler de cette innovation, on a l'impression que ce que vous faites ici à Marseille devrait être la règle de toute l'intermédiation locative. Mais c'est peut-être le caractère exemplaire de cette expérience qui est à partager en termes de bonnes pratiques, parce qu'en vous écoutant, on imagine que cela ne devrait pas marcher autrement que ce que vous faites. Mais peut-être ne suis-je pas suffisamment expérimentée sur le sujet pour dire que c'est très particulier et très spécifique à l'organisation et à l'histoire de la mise en place de ce dispositif à Marseille.

Nous allons passer à un autre sujet, qui est porté par Adrien Pichon, qui va expliciter le titre de son exposé dans sa présentation, toujours en quinze minutes.

Où loger l'incurie ?

« Adrien Pichon,

psychologue, Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés Orspere – Samdarra

Merci pour votre invitation. Je suis là pour vous parler d'une recherche que je conduis autour de l'incurie, l'incurie des comportements d'accumulation. J'y reviendrai dans la présentation. L'idée, pour moi, sans vous parler de l'intégralité de ma recherche, puisque nous n'aurions pas le temps, est de vous faire part de quelques constats issus de cette recherche et de l'inscrire dans le contexte d'une problématique de santé publique, et, puisque cette table ronde porte sur l'innovation, de vous faire part de quelques pistes de réflexions, de quelques enjeux qu'il y aurait à poursuivre des expérimentations, à poursuivre la recherche dans ce champ, et de voir comment l'inscrire dans le cadre de nos pratiques de soins, d'accompagnement social, etc.

Je ne vous ai pas préparé l'inévitable série de photos que l'on a en général dans une présentation sur le syndrome de Diogène, l'incurie, etc., avec des appartements qui débordent, avec des gros plans sur des toilettes bouchées ou d'autres choses de ce type. Il me semble que l'un des enjeux de ce type de présentation est d'éviter le côté sensationnel, qui nuit parfois à une considération un peu plus froide de ces enjeux, sans en faire un phénomène extraordinaire. Pour illustrer ce mode d'habiter, j'aurai plutôt choisi une photo d'un sujet qui déborde de son habitat. Nous parlons là de personnes qui ont un logement, qui ont un chez eux, un chez elles, mais dont le mode d'occupation va en général déborder et créer un certain nombre de troubles pour les autres, de mises en danger d'elles-mêmes ou de leur environnement.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale que je conduis depuis 2012, sous la direction du professeur René Roussillon. C'est une recherche en psychologie clinique et psychopathologie, au sein d'un dispositif qui est porté par l'Alpil, l'Association lyonnaise pour l'insertion par le logement, qui a une trentaine ou une quarantaine d'années et qui est historiquement au service de la défense des droits des locataires. Depuis quelques années, ce dispositif est financé par l'ARS pour tenter d'accompagner les personnes en situation d'incurie et/ou présentant des comportements d'accumulation compulsive. Il importe de souligner que nous essayons de nous focaliser surtout sur les situations avec un risque sanitaire aggravé. Nous reparlerons peut-être de l'évaluation du risque et de la manière d'évaluer le risque sanitaire que peuvent faire courir ces

situations. Nous ne parlons pas du désordre : nous avons tous un rapport très singulier à l'ordre, au désordre, au propre ou au sale. Là, il s'agit vraiment de situations caractérisées par une notion de mise en danger ou de troubles aggravés. L'idée du dispositif était d'éviter le recours aux solutions coercitives qui sont prévues dans le code de la santé publique, qui, dans son article 1311-4, permet d'intervenir de manière forcée chez quelqu'un pour débarrasser un logement, avec toute cette crainte de l'effet de ces interventions coercitives sur les habitants. Bien souvent, ce que rapportent les personnes qui ont été témoins de cela, ce sont des situations qui s'aggravent, voire des gens qui décompensent, voire des gens qui peuvent mourir. C'est assez flou : on n'a pas vraiment de chiffres très objectifs sur le sujet, mais c'est tout de même quelque chose de suffisamment présent dans les têtes pour le prendre en compte et ne pas faire n'importe quoi n'importe comment.

Je vous parlais du financement par l'ARS, l'Agence régionale de santé Auvergne – Rhône-Alpes. Nous avons également eu un financement de la Dihal en 2015 et 2017, qui nous a permis de renforcer un peu notre équipe et de conduire quelques actions ciblées. Pour vous donner un ordre d'idée, nous sommes à 1,6 ETP, avec deux travailleuses sociales, un infirmier psychiatrique et 0,20% de psychologue. Depuis le début de ce dispositif, nous avons eu 86 situations à traiter, avec des niveaux d'accompagnement très différents, et une quarantaine d'accompagnements plus intensifs et dans la durée. Le circuit du signalement est le suivant : des gens se plaignent, en général les voisins, ou bien une situation est découverte suite à un dégât des eaux... Je me souviens d'une dame qui était partie en laissant une casserole sur le feu, il y a eu de la fumée, les voisins ont appelé les pompiers et la situation a été découverte. Ensuite, cela remonte à la municipalité qui renvoie en général la situation à l'ARS, qui est le point d'entrée unique. C'est pour cela que j'ai indiqué que c'était un trouble qui ne se manifestait que lorsqu'il dérangeait. S'il n'y a personne pour se plaindre, à la limite, on pourrait dire que cela n'existe pas. Il faut que cela dérange quelqu'un pour que ce soit caractérisé en tant que trouble.

Nous faisons essentiellement des visites à domicile et un accompagnement social et psychologique à domicile, avec aussi un accompagnement très concret des personnes, à faire du tri, à essayer de mettre de côté ce qu'elles veulent garder précieusement. Cela engage beaucoup de négociations qui durent en général assez longtemps. Par exemple, avant le passage d'une entreprise de nettoyage : « que voulez-vous mettre de côté ? » Nous essayons de travailler de cette façon. L'idée n'est pas de remettre le logement comme dans un catalogue Ikea, mais vraiment, de faire diminuer

la notion de trouble, ce qui dérange les voisins, ce qui met la personne en danger. Nous essayons de réduire un peu le risque.

Je vais dire deux ou trois mots sur ce trouble. On a vu fleurir depuis une trentaine d'années et même un peu plus longtemps, un nombre incroyable de terminologies pour parler de cet ensemble de comportements. On parle d'incurie dans le logement, de syndrome de Diogène, qui ne rend pas grâce au Diogène historique, qui était tout sauf un accumulateur, on parle de trouble d'accumulation compulsive, de thésaurisation pathologique... Je ne les cite pas tous, mais il y a une sorte de « diogénisation » du vocabulaire qui traduit peut-être aussi une absence de consensus sur la question de savoir s'il s'agit d'une entité nosographique, psycho-pathologique à part entière. On voit aussi des typologies différentes être décrites dans un nombre d'articles assez impressionnant. Il me semble plus opérant de considérer cela comme un spectre de comportements qui peut se manifester dans différents tableaux psycho-pathologiques, de penser plutôt selon un axe selon lequel ce sont des gens qui accumulent, qui font entrer beaucoup de choses chez eux, qui jettent moins que ce qu'ils font entrer, ce qui fait que le volume augmente, avec des comportements actifs de récupération. Éventuellement, ces accumulations peuvent être propres : il ne s'agit pas toujours d'accumulations sales. Bien souvent, le volume empêche de réaliser les tâches domestiques de manière correcte, ce qui fait que cela va se mixer avec des situations où le tableau est beaucoup plus caractérisé par la dégradation du logement et éventuellement, l'encombrement par des déchets. Ce sont des gens qui ne vont plus jeter, mais qui ne sont pas forcément des récupérateurs actifs. On voit beaucoup de situations mixtes, des situations qui se caractérisent soit par un rapport particulier aux objets, soit par une absence de soin dans le logement, une absence de soin du logement, qui renvoie au terme « incurie », qui, littéralement, signifie absence de soin. Les profils montrent des modes d'attachement aux objets assez variables. Je caricature un peu mais en général, les accumulateurs actifs sont très, très attachés à leur objet : tout est sujet à négociation, tout est porteur d'une signification. Il y a vraiment un sens qui est déposé dans l'objet, un sens profond, voire même un sentiment de consubstantialité des choses, qui font vraiment partie de la personne. Dans les situations d'incurie, de logement très dégradé, les gens n'ont en général plus la force de jeter, mais pour peu que vous leur proposiez de le faire à leur place, selon mon expérience personnelle, cela se débloque assez rapidement et ils acceptent que vous jetiez leurs déchets. Ils sont moins attachés à leurs déchets que les accumulateurs actifs à leurs objets récupérés. Le sens qui est déposé dans ces objets doit être exploré pour proposer un accompagnement qui soit sur mesure, adapté, qui tienne

compte du sens que la personne met dans ses objets ou éventuellement, dans ses déchets. Il faut partir de l'idée que tout cela a un sens, en tout cas c'est l'une de nos hypothèses de travail, et que ce n'est pas simplement une déviance comportementale qui toucherait au mode d'habiter. Il y a vraiment une notion de sens.

Depuis 2013, le *hoarding disorder*, qui a été traduit par « thésaurisation pathologique », a fait son entrée dans le manuel de psychiatrie, qui est d'inspiration américaine mais qui fait sa loi au niveau mondial, le DSM-5. Mais dans le tableau qui y est décrit, je trouve que cela ne recouvre pas l'ensemble et la variété des situations auxquelles on peut avoir affaire sur le terrain. C'est vraiment un tableau très spécifique, où l'on proche des troubles obsessionnels compulsifs, avec plutôt une accumulation active et des gens très attachés à leurs objets. Pour moi, les situations d'incurie ne font pas partie de ce tableau-là, par exemple. Il me semble important aussi de rappeler ou en tout cas, de considérer que nous sommes tous plus ou moins concernés par ce comportement. Nous avons tous des choses que nous gardons et que nous n'utilisons pas forcément, parce qu'il y a une valeur affective. Il convient de garder l'idée d'un continuum entre une supposée normalité et un comportement qui relèverait de la pathologie pour aussi intervenir en prenant en compte l'effet que cela pourrait nous faire, à nous, si nous étions dans cette situation-là. Je crois qu'il est toujours important de garder cette idée que la psychopathologie, cela nous concerne tous. Ce n'est pas « les autres », dans le fonctionnement psychique. Ce sont aussi des tendances que nous avons nous, bien évidemment.

Nous parlions tout à l'heure d'évaluation du trouble. Il est vrai que ce n'est pas évident. Il n'y a pratiquement pas d'instruments, ou très peu, en langue française, qui permettrait d'évaluer. Je ne suis pas un grand fan d'évaluation, de par ma culture théorique. Néanmoins, quand, dans une réunion de synthèse où un cas est évoqué, vous avez affaire à un bailleur qui vous dit qu'il y a un problème technique grave, ou à une auxiliaire de vie sociale qui vous dit que c'est vraiment très sale chez la personne, de quoi parle-t-on ? Comment se mettre d'accord ? Nous avons pris le parti de traduire deux échelles relativement simples : une échelle métrique, qui met davantage le focus sur des notions de danger ou de dégradation du logement et une échelle visuelle, qui est très pratique, parce que si une personne vous dit que le logement est encombré, vous lui demandez comment il est encombré, de quoi l'on parle, parce que nous n'avons pas forcément des normes en accord, les uns et les autres, sur ce qu'est un logement encombré. C'est donc plutôt une bonne chose de se mettre d'accord sur un volume d'encombrement.

Il importe aussi d'évaluer les facteurs de motivation au changement, de s'appuyer sur des choses qui seraient importantes pour la personne, par exemple, des personnes qui souhaiteraient réinviter des gens chez elles, leurs enfants, etc., de se donner des objectifs de ce genre.

Je vous livre rapidement quelques données, qui me font penser qu'il s'agit vraiment d'une problématique de santé publique. Si l'on prend les chiffres qui sont rapportés dans les études épidémiologiques, cela touche quand même 2 à 6 % de la population adulte. Dans une ville comme Marseille, j'ai fait un petit calcul, cela représente quand même entre 17 000 et 51 600 personnes. À mon avis, c'est l'un des troubles de santé mentale les plus importants qui soient. Il faudrait avoir d'autres données sur d'autres troubles, mais de tête, la schizophrénie, par exemple, concerne 1 % de la population. Pour l'autisme ou les troubles du spectre autistique, on est encore bien en deçà. L'incurie touche autant d'hommes que de femmes, toutes les catégories sociales, et des individus plus souvent isolés que la moyenne. Est-ce la conséquence ou une cause du trouble ? Ce sont souvent des gens qui font le vide autour d'eux parce que les comportements posent aussi problème à la famille. Les issues tragiques sont fréquentes, avec des décès, des gens que l'on retrouve décédés chez eux plusieurs mois après ou alors, des gens qui décèdent des suites d'une intervention coercitive un peu musclée. Pour mémoire, dans l'article de Clark et Mankikar, l'article historique, c'était la moitié de l'échantillon. L'échantillon était petit : c'étaient 30 personnes, mais la moitié d'entre elles mouraient après l'hospitalisation. Nous avons peu de chiffres plus récents. C'est à prendre avec prudence. Bien évidemment, il y a aussi des expulsions. On pourrait se demander combien de personnes, parmi la population sans domicile fixe, ont pu être expulsées pour des comportements d'accumulation compulsive. On ne le sait pas. C'est peut-être aussi l'occasion de faire quelques recherches sur le sujet. Enfin, il y a l'aggravation de problématiques sociales, avec du surendettement, etc.

Cela soulève beaucoup de problèmes liés à la méconnaissance globale de la problématique, à savoir des situations repérées tardivement, donc en général assez aggravées, et une difficulté à définir le champ de compétence : est-ce de la santé psychique ? Est-ce de la santé somatique ? Est-ce un problème technique ? Est-ce un problème de protection des animaux, quand il y a des comportements d'accumulation d'animaux, qui sont très problématiques ? Les coûts humains et financiers sont très élevés : isolement, ruptures familiales, expulsions, mais aussi interventions de crise très lourdes, qui coûtent très cher humainement et financièrement, et encore plus lourdes quand il y a des situations catastrophiques avec des dégâts structurels sur un logement ou des incendies.

Je termine sur quelques perspectives. L'idée serait :

- d'améliorer la connaissance publique sur ce trouble, d'accroître la communication sur le sujet ;
- d'apporter un soutien aux familles et aux proches, qui sont mis en difficulté par ce trouble. Très souvent, il y a des situations de conflit qui sont bien nouées ;
- d'améliorer et de créer des dispositifs de coordination, peut-être pas de créer de nouveaux dispositifs, mais de coordonner ce qui existe déjà ;
- d'élaborer des outils partageables, ce qui commence à apparaître, pour harmoniser les critères, se comprendre entre différents acteurs ;
- d'améliorer la formation professionnelle. Nous parlions ce matin des auxiliaires de vie, je pense que ce sont des acteurs importants des possibilités de maintien dans le logement, mais il faut travailler sur un réajustement des normes, avec peut-être un ménage un peu « bas seuil » ;
- d'éviter absolument le recours aux fausses solutions radicales.

Pour terminer, s'il y a une chose que j'aimerais que vous emportiez avec vous à la suite de cette présentation, c'est vraiment de se mettre dans une perspective de réduction des risques. Nous devons rester très modestes sur nos prétentions thérapeutiques. À mon avis, on ne guérit pas de ce trouble. Il est bien plus opérant de se mettre dans une perspective de réduction des risques avec ses modèles, maladies chroniques ou addictions, qui nous permettent finalement d'améliorer la qualité de vie et de réduire les risques les plus délétères.

Je vous remercie.

Applaudissements

«● Alexandra Fourcade

Je suis désolée, je suis obligée de vous couper, mais je pense que nous aurons l'occasion d'échanger et vous aurez à nouveau le temps d'évoquer cette problématique, qui est très particulière, où le sujet n'est pas tant le problème du logement. En vous écoutant, je me faisais la réflexion : c'est plutôt d'aller trouver des troubles psychiques chez des gens qui sont logés, chez lesquels on a besoin de faire un diagnostic pour les prendre en charge

correctement sur le plan psychiatrique. C'est presque d'accès au soin qu'il s'agit. Pas uniquement, mais c'est tout de même une problématique un peu à part par rapport à ce dont nous avons discuté jusqu'à maintenant, et c'est très intéressant de l'introduire dans le débat.

Je vais passer la parole à Pascale Estecahandy pour qu'elle nous parle du programme national « Un chez-soi d'abord », qui est également porté par la DIHAL.

Un chez-soi d'abord

« Pascale Estecahandy,

*coordinatrice technique nationale du programme « Un chez-soi d'abord »,
DIHAL*

Merci de votre invitation. Je vais vous parler du programme, des résultats et ensuite, je voudrais partager avec vous des éléments de discussion, en sachant que j'ai déjà repéré des collègues du « chez-soi d'abord » dans la salle. Il y aura donc peut-être des gens qui pourront s'exprimer dans le cadre des échanges.

Il s'agit d'un programme national qui a été porté par l'État, en tout cas dans sa phase expérimentale, entre autres la DIHAL et les administrations centrales. Il cible vraiment des personnes sans abri qui présentent des troubles psychiques sévères, associés à des addictions, puisqu'ils ont des besoins élevés, et qui jusque-là, avant d'entrer dans ce dispositif, échappaient aux dispositifs ordinaires d'accompagnement et de prise en charge. C'est donc un focus vraiment très particulier. La stratégie, qui s'est inspirée de modèles qui nous venaient des États-Unis et du Canada – maintenant, c'est déployé un peu partout en Europe –, est celle d'un accès direct depuis la rue, sans condition de traitement ou d'arrêt des substances, vers un logement ordinaire diffus dans la cité, moyennement un accompagnement qui est soutenu, pluridisciplinaire et qui s'appuie sur les éléments autour du rétablissement en santé mentale et de la réduction des risques.

Cela a été un gros programme, qui a fait l'objet d'une évaluation à la fois quantitative et qualitative. Sur le plan quantitatif, il a fait l'objet d'une recherche évaluative randomisée : deux bras ont été comparés. Il a été mis en place sur quatre sites, dont Marseille. Sur chacun des sites, hôpitaux, structures sociales et structures du logement ont travaillé ensemble. Il y a eu un consortium d'étude de recherche et surtout, une dimension intersectorielle, pluridisciplinaire, et notamment au niveau du pilotage, interministérielle, y compris sur chaque site, avec un comité de pilotage qui regroupait l'ensemble des acteurs.

Je ne parlerai pas plus du programme, mais je voudrais juste vous montrer, en termes de résultats, le pourcentage de nuits passées dans les différents lieux, quand on compare les personnes lorsqu'elles entrent dans le programme à N zéro et ensuite, le long du suivi, puis à N 24. Vous voyez en haut les personnes qui sont suivies dans le cadre du « chez-soi » et en bas, les personnes qui sont suivies dans le cadre de l'offre habituelle. La

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord »

Cible les personnes sans-abri présentant des **troubles psychiques sévères des addictions et des besoins élevés d'accompagnement** qui échappent aux dispositifs ordinaires de prise en charge

Accès direct depuis la rue au logement ordinaire sans conditions de traitement ou d'arrêt de consommation de substances psychoactives

Moyennant un **accompagnement soutenu et pluridisciplinaire** s'appuyant sur les concepts de **rétablissement en santé mentale** et de la **réduction des risques**

Expérimenter en France un « **modèle** » ayant fait ses preuves aux USA et Canada

Un programme de **recherche évaluative**



14 structures porteuses sur 4 sites
Un consortium d'équipe de recherche

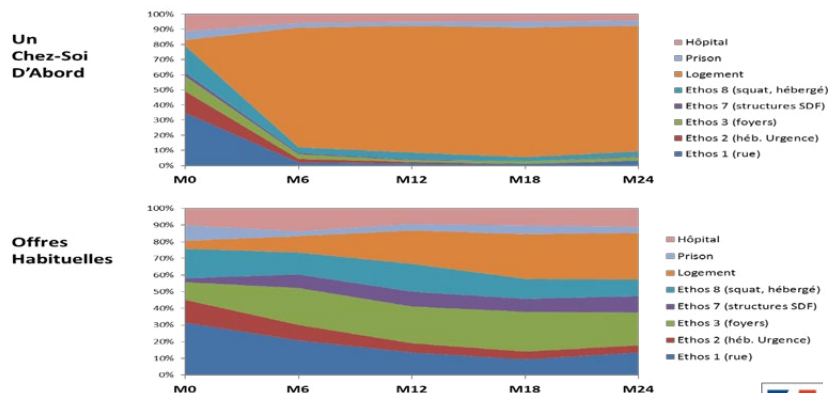
Un portage **interministériel**

Une dynamique locale autour d'un comité de pilotage préfectoral



L'expérimentation « Un chez-soi d'abord »

% des nuits passées dans les différents lieux
Maintien dans le logement à 24 mois : 85% des personnes



Dispositif ACT « Un chez-soi d'abord »

- L'expérimentation : quels apports pour une politique publique?
 - Pérennisation et essaiage
 - Le logement d'abord : changement de paradigme
 - Une responsabilité collective à l'échelle du territoire
 - Du statut de malade à celui de citoyen
 - La question de l'évaluation



lades, souffrant de maladies mentales sévères, comme un problème public appelant à des solutions publiques. Dans ce sens, on peut dire que l'expérimentation a eu un résultat positif, puisque nous avons abouti à la pérennisation du programme. Nous avons maintenant un dispositif qui entre dans le code de l'action sociale et des familles et qui sera déployé dans 20 villes, avec chaque fois 100 personnes intégrées dans le dispositif. Le public reste le même et il s'agit bien d'un accès direct de la rue dans le logement, encore une fois, sans conditions au regard du soin et de l'utilisation de substances, donc avec une certaine inconditionnalité.

Au-delà de cette question du déploiement dans le cadre du code de l'action sociale et des familles, de ce décret, il y a la question de l'essai-mage. En termes d'essai-mage, on voit que des enseignements ont été mis en exergue à la fois par les opérateurs, donc les équipes, et par la recherche qualitative, notamment l'équipe de Christian Laval, Pauline Rhenter, Jean Mantovani et Delphine Moreau, qui ont mis en avant un certain nombre de points qui sont des points clés pour l'accès de ce public au logement.

Le premier point est que comme les personnes étaient envoyées directement par la recherche et qu'il n'y avait pas de sélection par les équipes, on s'est rendu compte qu'il n'y avait pas de caractère prédictif à la capacité d'habiter. C'est-à-dire que ce n'est pas la peine de faire des plans, des listes de critères en amont : il n'y en a pas. Par contre, on évalue les besoins d'accompagnement quand la personne est dans le logement. Mais en tout cas, il n'y a pas de compétences à habiter. Encore faut-il discuter de ce que sont les compétences et les capacités à habiter, mais c'est autre chose.

Le deuxième point est qu'avoir un problème de santé mentale n'est pas préjudiciable au maintien dans le logement. Encore faut-il, bien évidemment, que la personne soit accompagnée au niveau d'accompagnement nécessaire et adapté à ses besoins. Mais ce que disent les personnes qui travaillent sur la question du logement dans le programme, c'est qu'avec ce programme, il n'y a pas plus de difficultés particulières en termes de troubles du voisinage, d'impayés, de ces publics-là. Ce n'est donc pas un facteur préjudiciable. Il faut accompagner les gens à la bonne hauteur d'accompagnement et avec des méthodologies particulières.

La question que cela recouvre est de savoir comment cela peut percuter nos pratiques. À cet égard, deux grands points, que je veux souligner, sont remontés du travail des chercheurs. D'une part, ce qu'a fait le programme, c'est mettre en pratique un principe de réversibilité. On observe que les gens vont prendre des risques, et c'est aussi le principe du rétablissement. Ils prennent un certain nombre de risques, le risque de rentrer dans du logement, d'avoir des relations, de reprendre des contacts... Une fois que

ces risques sont pris, s'il y a des difficultés, souvent, les gens tombent dans les trous de la raquette et rien ne rattrape. Le programme amène justement ce principe de réversibilité. Le premier exemple, c'est le relogement. Tout au long du programme, une première perte du logement n'est pas un échec : on en prend un deuxième, on en prend un troisième, on en prend un quatrième, et les propositions continuent chaque fois avec un accompagnement dans le nouveau logement. L'accompagnement doit par ailleurs être totalement individualisé et s'appuyer sur des interventions qui sont complètement centrées sur le milieu dans le cadre de visites à domicile, d'accompagnement qui répond au choix de la personne. Ce qui vaut pour un locataire ne vaut donc pas pour un autre et ce qui vaut pour un locataire à un temps T ne vaut pas forcément pour ce même locataire à un temps T + 1 mois ou 2 mois. Cela suppose un management très souple, et cela va percuter aussi des managements institutionnels qui peuvent être très verticaux. Cela a débouché sur un certain nombre de choses en termes d'essai-mage, notamment le plan « Logement d'abord », qui se déploie aujourd'hui, avec deux nécessités : d'une part, l'accès à du logement abordable, point que je ne développerai pas, et d'autre part, la question de l'accompagnement, qui doit s'adapter aux besoins particuliers de ce public.

À l'échelle d'un territoire, puisque c'est de cela dont il s'agit aujourd'hui, quelles questions les principes généraux du programme, notamment sur le choix et l'inconditionnalité, soulèvent-ils ? Sur la question du choix de son logement par la personne, on s'aperçoit, et cela été très bien illustré par l'équipe des chercheurs de l'étude qualitative, que ce choix se pose en contradiction avec des critères qui sont définis a priori pour l'équilibre du peuplement sur les territoires concernés. On a sur des territoires, et vous le savez probablement tous, une volonté d'équilibre, une volonté de mixité sociale, et le programme, qui met en avant le choix de la personne comme un critère principal, arrive finalement à l'encontre de ce droit au logement. Cet équilibre territorial répond aussi à la responsabilité, pour un acteur public quel qu'il soit – on peut le décliner –, d'exercer son expertise dans un espace et un domaine donnés. Et le programme, parce qu'il pose une situation expérimentale d'inconditionnalité d'accès, notamment sur la question des soins et de la prise de toxiques, arrive également contre ces principes de justice sociale et d'outils de répartition territoriale. On l'observe sur la question des secteurs de psychiatrie, où il y a une répartition des publics précaires – on le voit bien quand ils sont à la rue, au regard de leur date de naissance, par exemple – entre des municipalités, entre des bailleurs sociaux, entre des établissements d'hébergement ou d'insertion. Ce public est a priori considéré comme une charge parce que l'on estime

qu'il y a une complexité des situations, de l'accompagnement et de la prise en charge, et dès lors, ce principe d'inconditionnalité et de choix arrive complètement à l'encontre de la nécessité, à l'échelle d'un territoire, d'avoir une répartition homogène du public. L'inconditionnalité, si elle est définie et assumée collectivement, comme cela pourrait être le cas dans le cadre de l'élargissement ou de l'essaimage d'un programme comme « Le chez-soi d'abord », induit une responsabilité collective dans une éventuelle prise de risques, ou estimée comme telle, qu'elle peut représenter pour ce type de public. D'une certaine façon, c'est ce que nous avons souhaité dans le cadre du cahier des charges du déploiement : nous avons souhaité maintenir cela dans cette coresponsabilité, en imposant notamment la création d'un groupement pour que les opérateurs qui s'engagent, qu'ils soient du domaine du logement, de la santé, du social ou des addictions, travaillent en termes de coresponsabilité et de gestion personnelle et de financement sur le dispositif.

Il y aurait probablement d'autres choses à décliner, mais dans le temps qui m'est imparti, je voulais évoquer une autre question, celle du passage du statut du malade à celui du citoyen, qui a également été mise en exergue par le dispositif. Je ferai ici référence à un article de Novella, qui dit – et c'est ce que vous avez mis aussi dans l'argumentaire, je trouvais donc intéressant d'en discuter avec vous – qu'à partir du moment où l'on est passé du modèle de soins asilaires à un modèle de soins ouvert sur la cité, il y a un changement de statut de la personne malade. On la fait passer du statut de patient psychiatrique à celui d'utilisateur des services de santé mentale. Ce statut est loin d'être inclusif, comme il l'était dans le cadre des services asilaires. Ce patient psychiatrique devient donc aussi citoyen, consommateur, salarié, électeur, etc. Sa liberté de choix, et c'est ce qui a été mis en avant dans le cadre du programme, doit donc être respectée. Cela dépasse évidemment la question du soin, qui est historiquement conçu comme une affaire de spécialistes. En fait, il s'agit maintenant de voir comment l'on peut politiser ces questions, avec un double mouvement. Le premier mouvement est de reconnaître et de valoriser les compétences des personnes, de réfléchir à la place qu'on leur laisse, qu'elles prennent, que l'on accepte qu'elles prennent, ce qui a fait l'objet d'une longue discussion dans le programme et qui est toujours en travaux, pour qu'elles développent leur pouvoir d'agir et leur citoyenneté. Et dans le même temps – il y a un balancement entre l'un et l'autre –, il faut évidemment que l'on travaille sur les représentations ordinaires, qui sont très stigmatisantes pour ce public, pour permettre l'inclusion sociale. C'est ce que nous avons aussi travaillé avec l'équipe. Quand on dit que 50% du boulot, c'est à l'extérieur, c'est que l'on voit bien qu'on ne peut

pas uniquement travailler sur cette question du choix et de la place des personnes mais aussi sur une ouverture dans la cité pour les accueillir dans l'inclusion sociale.

Le dernier point est celui de l'évaluation. Je pense que là aussi, ce sont des questions sur lesquelles il y a matière à réfléchir. Je voudrais vraiment insister sur le fait qu'avoir été accompagnés par la recherche pour l'évaluation quantitative, mais surtout qualitative, dans le cadre des équipes, cela permet aussi de maintenir un espace de créativité. Cela a été un point très important. C'est grâce à la recherche, finalement, que l'on a pu mettre en avant tous ces éléments et amener ces points d'enseignement que je vous ai donnés. Il faut absolument que nous continuions d'y travailler et notamment, de développer la recherche participative, en particulier sur la question, qui a bien été remontée par les équipes et par la recherche, des indicateurs de fonctionnement ou de compétence sur « l'habiter » des personnes, qui doit aussi être analysée et mise en exergue par les personnes elles-mêmes, et non pas simplement des compétences à fonctionner, mais bien des éléments beaucoup plus subjectifs.

C'étaient les quelques points que je voulais partager avec vous, et peut-être pourrions-nous en discuter. Merci.

Applaudissements

«● Alexandra Fourcade

Je ne sais pas si vous l'avez fait exprès, mais vous avez parlé de tout sauf d'argent. Mais je pense que nous aborderons peut-être la question dans les échanges, parce que j'imagine que ce programme a un coût.

«● Pascale Estecahandy

Le programme a été financé par la Sécurité sociale et par l'État au coût nécessaire, et la recherche a également été financée. Nous avons donc été chanceux. Dans le cadre du déploiement, de la même façon, nous avons un financement par l'assurance maladie et l'État.

«• Alexandra Fourcade

Quelle est l'enveloppe? Les financements de l'État et de l'assurance maladie, c'est quand même de l'argent public.

«• Pascale Estecahandy

L'enveloppe future par dispositif pour 100 personnes accompagnées est en gros de 1,4 M€, à moitié par l'État et à moitié par l'assurance maladie.

«• Alexandra Fourcade

Il se trouve que nous n'avons pas d'économiste pour la table ronde, c'est cela, Laurent? Nous aborderons cela dans les questions diverses, parce qu'il n'y a pas d'intervenant sur la question du financement comme levier de l'innovation.

Je laisse la dernière intervenante prendre la parole. En tant que maître de recherche, vous allez sans doute nous apporter un peu de recul.

INNOVATION OU RETOUR AUX SOURCES ?

«• Magali Coldefy,

maître de recherche à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), docteur en géographie

Bonjour à tous. Tout d'abord, je remercie moins les organisateurs de m'avoir demandé d'intervenir sur ce sujet, parce que je suis plus une chercheuse quantitative, qui travaille à partir des bases de données médico-administratives, et que les innovations et les dispositifs un peu alternatifs à ce qui est géré par l'État ne passent pas du tout dans les mailles des systèmes d'information. Ce n'est donc pas quelque chose que j'ai pu étudier dans le cadre de mes travaux et d'ailleurs, ma présentation va être un petit peu modifiée, par rapport à ce j'entends depuis ce matin. Par conséquent, si c'est un peu confus, je vous prie de m'en excuser.

Au début, quand on m'a donné le sujet de l'intervention, j'étais un peu perplexe, parce qu'en économie – je ne suis pas économiste, mais j'en fréquente quelques-uns à l'Irdes –, l'innovation se différencie de l'invention par sa diffusion et son acceptation par la société ou par les politiques. Et il est vrai que dans de nombreux dispositifs présentés, il n'y a pas obligatoirement de diffusion. Dans « Un chez-soi d'abord », il y a eu expérimentation, évaluation, diffusion, mais ce n'est pas le cas de nombreux dispositifs qui sont présentés. C'était ma première interrogation sur la définition de l'innovation.

Je remercie aussi Nicolas Henckès, qui m'a lancé une perche, à la fin de sa présentation, sur le débat entre planification et innovation. Je vais essayer d'intégrer ces éléments dans ma présentation, sachant qu'initialement, ma présentation était plutôt axée sur « innovation ou chaînon manquant ». Je pense que cela correspond plus à ce que je vais essayer de présenter maintenant.

Pour replacer la question de la planification et son lien avec ce que l'on appelle ou que l'on cherche à appeler, aujourd'hui, « innovation », je rappelle qu'en effet, la loi de 1838 portait un caractère d'innovation à l'époque, avec l'une des premières planifications sanitaires : elle imposait la création d'un asile par département. Il y a eu toute une évolution de la planification en santé. Au départ, on a fixé un taux d'équipements par rapport à la population, mais sans prendre en compte les spécificités de cette

population. Ce n'est que depuis les années 1990, avec la régionalisation des politiques de santé, la création des observatoires régionaux de santé, le fait qu'il y ait un système d'information suffisant pour montrer ces inégalités territoriales d'accès à la santé et ces inégalités territoriales de santé, que la façon de penser la planification s'est appuyée un peu plus sur les régions et sur les communes pour prendre en compte les inégalités territoriales et le fait qu'en fonction des territoires, ce ne sont pas les mêmes réponses que l'on pouvait apporter aux populations, les besoins et les ressources disponibles pouvant différer. La façon de penser la planification a donc évolué jusque dans la loi de modernisation de notre système de santé, la loi « hôpital, patients, santé et territoires », qui porte vraiment la volonté de laisser plus d'initiative aux acteurs, de s'appuyer sur les ressources et les faiblesses des territoires pour répondre aux besoins des populations. Dans cette nouvelle conception, ce n'est pas à l'État d'imposer des taux d'équipements ou des consignes en la matière, mais aux acteurs de terrain de proposer des réponses à des besoins identifiés et partagés avec l'ensemble des parties prenantes.

Ma présentation était un peu historique au départ, mais je vais passer assez vite, parce que beaucoup de choses ont été dites ce matin. Je vais parfois centrer sur certaines phrases que j'avais reprises, issues de différentes lectures, parce que comme je vous le disais, je n'avais pas non plus vraiment travaillé spécifiquement sur l'habitat dans le champ de la santé mentale dans le cadre de mes travaux. J'avais par exemple trouvé une thèse de médecine de Girardon, à Lyon, dont je ne sais pas si elle est en lien avec les travaux de l'Orspere, mais qui avait questionné la place de « l'habiter » dans le corpus psychiatrique et qui montrait comment l'asile était un premier habitat spécifique de la folie. Elle disait : « la médecine aliéniste propose une thérapeutique qui doit emprunter sa principale efficacité aux conditions d'habitation ». La notion d'habiter, d'habiter au monde, était donc déjà questionnée au XIX^e siècle, et pas seulement dans la manière dont l'asile a répondu à ce problème-là. Dans la manière dont il a répondu à ce problème d'hébergement et d'accueil des personnes, il y avait l'idée d'exclure les personnes de la société pour les placer dans un endroit pour être prises en charge. Cela rappelle la première fonction de l'habitat, qui était d'offrir un refuge susceptible d'assurer une protection contre les agressions extérieures, mais qui n'était pas la notion d'habiter qui a été évoquée ce matin. En effet, dans un asile, les patients n'habitaient pas, puisqu'il y avait un déni de l'intimité, une appropriation des lieux, de ses affaires intimes. « L'habiter » dépasse cette acception-là, certes, mais au XIX^e, la question de l'habitat était prévue dans la prise en charge proposée par les asiles d'aliénés.

Avec la sectorisation, on change de paradigme et l'on cherche à inclure la personne dans la communauté et dans la cité en s'appuyant sur le milieu de vie. Il y avait vraiment cette volonté, dans la conception du secteur : « c'est en agissant dans le milieu et parfois, sur le milieu, que se mène le combat contre les maladies mentales ». Il y avait donc une dimension assez riche du territoire, très riche et épaisse par rapport aux territoires-contenants que l'on observait dans les autres planifications du secteur sanitaire, de la carte sanitaire, dans les années 1970. Il y avait vraiment une dimension forte du territoire, dans le sens où c'était aussi l'équipe soignante qui devait s'appuyer sur les ressources du secteur. C'est par sa connaissance du milieu économique et social du secteur, notamment ses ressources de logements et les diverses possibilités d'emplois qu'il offre, que l'équipe va permettre à la personne de bien vivre dans la cité. Mais comme cela a été dit ce matin, il y avait une hypothèse sous-jacente, celle que cette communauté, cette cité allait être accueillante. J'ai repris un texte de Guy Baillon, un des psychiatres parmi les premiers à mettre en place la police de secteur, qui disait que la psychiatrie était basée sur deux données humaines fortes : le militantisme des soignants et la solidarité de la cité, qui doit accueillir chaque patient personnellement entre chaque soin et après toute période de soin. Je vous en lis un extrait. « Il était indispensable que les divers acteurs de ces populations puissent les accueillir, être tolérants et généreux, être tout simplement attentifs et humains dans leurs relations avec eux, tout en percevant que les séquelles de leurs troubles et de leurs traitements constituaient de plus ou moins grands "handicaps" que la société devait absolument compenser de diverses façons. »

C'était une hypothèse sous-jacente, qui ne se vérifie pas puisque comme cela a été dit également, la société d'aujourd'hui crée plus d'inégalités sociales, qu'elle crée du mal-être psychique et qu'elle ne remplit pas ses fonctions d'accueil et de bienveillance vis-à-vis des personnes plus vulnérables. C'est ce qui fait dire, cinquante ans après la mise en place de la politique de secteur, que c'est une réforme inaboutie. Il y a eu des avantages à la politique de sectorisation, il y a quand même eu une forte réduction de l'hospitalisation et en effet, plus de personnes qui, dès lors, passaient du statut de patient à celui de citoyen, d'utilisateur des services de santé mentale, et qui vivaient dans la cité. Il y a donc bien eu un rapprochement des lieux de soin du milieu de vie de la personne et c'est bien la psychiatrie qui s'est intégrée dans la cité, mais cela ne s'est pas obligatoirement accompagné d'une insertion des personnes concernées dans leur milieu de vie. Il y a d'ailleurs eu beaucoup d'études à l'étranger, dont un ouvrage d'un géographe, *Les Paysages du désespoir : de la désinstitutionnalisation au sans-abrisme*, qui montre dans beaucoup de villes

américaines et anglo-saxonnes, le développement de ce qu'ils ont appelé « des ghettos de services de dépendance », avec des concentrations à la fois de services pour les personnes vulnérables et de personnes qui recouraient à ces services dans des quartiers défavorisés des centres-villes.

En France, la psychiatrie a pensé le fait d'accompagner les personnes dans la cité pour les prendre en charge, mais elle n'a pas pensé le réceptacle de ces personnes dans la cité. Être physiquement DANS la communauté ne suffit pas être DE la communauté. Ce n'est pas parce que les personnes vivent dans la cité sous suivi ambulatoire qu'elles participent à cette communauté. La psychiatrie de secteur, mais la désinstitutionnalisation en général, a créé une injonction d'habiter la cité qui a été insuffisamment pensée par la psychiatrie ou accompagnée. Mais était-elle à penser et à accompagner par la psychiatrie ? Je pense que cela fait partie des questions qui se posent aujourd'hui. D'ailleurs, je reprends souvent cette phrase : était-ce à la psychiatrie de penser cela ? Certes, peut-être que dans les années 1960, il y avait moins d'acteurs dans le champ social ou d'autres champs pour répondre à ces difficultés, mais Édouard Couty, dans un rapport, avait posé la question suivante : le secteur n'a-t-il pas des missions trop ambitieuses, de la prévention à la réinsertion ? Il disait : « même si certains secteurs se sont attachés à conduire une action englobant tout ou partie des missions qui leur étaient imparties, il était très ambitieux de confier à une structure intégrée à un établissement de santé, dont le savoir-faire est centré sur le soin, la responsabilité globale de réponses qui relèvent de compétences de différentes collectivités et de plusieurs types d'institutions et supposent la maîtrise de techniques diverses. » C'est ce que nous voyons sur les questions du logement. En effet, si la psychiatrie participe à l'accès et au maintien dans le logement, ce n'est pas à elle seule de répondre à ce besoin. Cela pose la question de la nécessaire coopération et complémentarité du social et du sanitaire pour répondre au problème d'habiter des personnes.

J'ai pris des notes, suite aux échanges de ce matin. Innovation ou chaînon manquant ou retour aux sources ? Nous avons vu que la question de « l'habiter » en santé mentale est un problème ancien. S'agissant de l'innovation, au départ, pour moi, il y avait cette définition des économistes : invention plus diffusion plus acceptation par la société. Je suis repartie d'une définition de l'innovation sociale et localisée, qui correspond à ce qui a été présenté par la Fondation de France. L'innovation sociale consiste à apporter une réponse nouvelle à des besoins nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers. Ces innovations passent par un

processus en plusieurs démarches : émergence, expérimentation, diffusion, évaluation. Dans ce qui a été présenté cet après-midi, on voit l'importance du contexte institutionnel et local dans lequel se développe l'innovation sociale. C'est là où je me questionne : est-ce de l'innovation ? Dans la définition qui est donnée, c'est la réponse à des besoins que le marché et l'État ne comblent pas. Est-ce une innovation par défaut ou est-ce que justement, c'est ce fameux chaînon manquant, dans ces espaces où de toute façon, toutes les politiques de santé et sociales cherchent à placer l'utilisateur au centre du dispositif et où c'est au système de s'adapter aux besoins de la personne et non l'inverse ? C'est une planification générale et difficile et ces dispositifs qui se mettent en place, qui sont très diversifiés et qui peuvent correspondre à différents moments, différentes personnes, différents territoires, ces dispositifs innovants sont une rencontre entre des besoins de la personne, mais aussi des ressources sur un territoire qui peuvent provenir de différents acteurs du social, du sanitaire ou d'autres domaines, et c'est cette rencontre qui fait innovation. Dès lors, peut-on vraiment parler d'innovation ou de rencontre entre des besoins et des acteurs pour répondre à un besoin, qui est celui de la personne ?

Je vais m'arrêter là.

Applaudissements

«● Alexandra Fourcade

Merci beaucoup. Je pense que cette intervention en fin de table ronde, puisque nous n'avons pas d'intervention sur l'économie, pose bien les enjeux de cet après-midi, qui sont de repositionner la définition de l'innovation par rapport à l'interrogation que j'avais faite sur l'opposition entre planification et innovation. À la fin, vous y répondez un peu, mais il me gêne un peu de dire que ce que l'État ne fait pas, on le confie à l'innovation. On pourrait quand même imaginer que l'État s'appuie sur l'innovation pour faire des choses. C'est une problématique que nous pouvons peut-être interroger collectivement.

La deuxième chose qui me semble intéressante, dans votre présentation, c'est que moi-même, dans mon introduction sur le sujet « santé mentale et habitat », je ne mettais pas l'asile comme un habitat. C'est une erreur fatale, effectivement. Mais aujourd'hui, honnêtement, dans la conception que nous avons tous collectivement, l'asile n'est pas un habitat ou en tout cas, n'est pas l'habitat que l'on souhaite. Ce n'est pas le modèle que l'on souhaite. Par rapport à la problématique de la place dans le projet thérapeutique de la prise en charge de la santé mentale, la question de

l'habitat, si l'on intègre l'asile, remonte à très longtemps, avec des modèles que l'on réinterroge aujourd'hui, et « interroger » est un faible mot.

Je propose que nous entrions dans les échanges parce que finalement, nous avons du temps. Il n'y aura pas d'intervention sur la partie relative au financement. Cela mérite que l'on interroge les intervenants de la table ronde sur cette façon de voir les choses, parce que qui dit « innovation sur des modèles » dit « comment les finance-t-on ». Nous avons eu la réponse pour le programme de la DIHAL, mais je pense que c'est un vrai sujet que celui du modèle de financement pour toutes ces expérimentations. Je propose que nous prenions quelques questions et qu'ensuite, nous redonnions la parole aux intervenants sur cette question du financement.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

«• Agnès Bensussan,

coordinatrice du conseil d'orientation en santé mentale de la ville de Marseille

Je voudrais apporter un complément et poser deux questions. Le complément porte sur l'IML, l'intermédiation locative en santé mentale. J'ai entendu la remarque selon laquelle c'est ainsi que cela devrait fonctionner un peu partout. Aujourd'hui, la difficulté qui se pose par rapport à la manière dont fonctionne l'IML à Marseille, c'est que la coordination se fait via le coordinateur de l'atelier santé ville en santé mentale, que la petite enveloppe budgétaire qui permet d'intensifier l'accompagnement par rapport au public est donnée aussi via la politique de la ville et que nous avons un certain nombre de places dans deux secteurs de psychiatrie sur les quatorze secteurs que couvre la ville de Marseille. La question est la suivante : dans quelle case peut-on faire entrer ce type de pratiques pour que cela essaime ou que cela se généralise sur tout le territoire comme cela devrait être le cas ?

J'ai une question pour M. Pichon. Comment faites-vous quand les personnes n'ouvrent pas, qu'elles sont en refus de soin et en refus de lien ?

Enfin, je voudrais savoir, au sujet de la Fondation de France, comment vous capitalisez et valorisez l'expertise que vous pouvez avoir via votre regard au national ?

«• Alexandra Fourcade

Sur l'intermédiation locative, les questions de financement et de pérennisation de l'expérience, est-ce que vous voulez répondre ?

«• Pascale Estecahandy

Je ne sais pas si je vais répondre. J'ai juste des éléments de précision sur la hauteur du financement de l'IML et des exemples. L'ARS de Nouvelle-Aquitaine vient de lancer des appels à projets pour faire de l'essai-mage de petits programmes « Un chez-soi d'abord », avec un financement de l'ARS, dans le cadre de financements non pérennes, mais avec tout de même une programmation sur trois ans, avec aussi des financements IML qui sont dédiés en cofinancement. La question de la hauteur du

financement de l'IML va se poser, parce que dans le cadre du « Chez-soi d'abord », le financement de l'IML est de près de 7 000 €. Il était même un peu plus élevé pendant l'expérimentation, alors que pour l'IML classique, il est beaucoup moins élevé, puisque l'IML, ce sont des mesures et que souvent, il y a plusieurs personnes dans un logement. Par conséquent, lorsque l'on fait plusieurs mesures à 2 500 €, on arrive à 6 000 €. Je pense qu'il y a là aussi des modifications de visions, de pratiques à faire sur l'IML. L'IML est financée par mesure. La hauteur de financement est variable selon les départements, les régions. Cela peut être entre 2 000 et 3 000 €, mais quand il y a plusieurs personnes dans un ménage, nous avons plusieurs mesures. Pour un appartement, on peut donc avoir plusieurs mesures. Pour le « chez-soi », nous avons des gens isolés et en général, en matière de santé mentale, nous avons des gens isolés, dans de petits logements, et là, il faut réfléchir et travailler avec les services de l'État pour avoir peut-être des mesures d'IML un peu plus élevées. Mais ce sera à eux de répondre. C'est une piste de travail avec les services de l'État.

« Célia Chischportich

Pour apporter peut-être un élément de réponse sur cette question : ici en tout cas, l'IML financée par la DDCS est de 6 000 €, avec un complément en santé mentale pour les appartements fléchés. Mais la question, c'est l'autre sollicitation, parce que même dans le cadre de l'IML, c'est une visite des accompagnants par mois. Cela peut augmenter un peu si c'est nécessaire, cela peut être renforcé par du SAMSAH santé mentale. À mon sens, la question est de savoir comment un dispositif est en capacité d'adapter sa réponse aux besoins de la personne et de ne pas avoir un cadre figé dans lequel, à un moment donné, c'est un temps donné, tant de visites par semaine, qui ne correspondent pas aux besoins. Il me semble que le défi est vraiment là, pour les différents dispositifs.

« Alexandra Fourcade

Pour que l'on comprenne bien ce que cela veut dire, le montant de 6 000 €, c'est par mesure IML. Mais j'imagine que l'enveloppe globale est fermée. Comment négocie-t-on le montant global de l'enveloppe au niveau d'une région en fonction des besoins, puisqu'il s'agit d'une enveloppe fermée, une fois que vous avez consommé les mesures fléchées ? Comment est calibrée l'enveloppe en fonction des besoins des territoires ?

« Éric Kérimel de Kerveno,

directeur d'Habitat alternatif social (HAS) Marseille

L'intermédiation locative, c'est dans l'enveloppe des crédits de l'État pour la cohésion sociale. C'est dans le BOP 177. L'enveloppe générale du BOP 177 est donnée aux DRJSCS et ce sont elles qui, à l'intérieur du BOP 177, ventilent des tuyaux d'orgue dans lesquels il y a l'IML. De ce fait, selon les régions, l'IML, ce n'est pas toujours 6 000 €. Cela peut être 0 €. La plus importante, en région Paca, pour un programme, avait été de 8 200 €. Entre 0 € et 8 200 €, toute la marge existe et des négociations se font. Actuellement, à la DDCS des Bouches-du-Rhône, on parle de plus en plus de 2 200 € pour l'accompagnement d'une mesure sur toute une année.

« Célia Chischportich

C'est pour la captation d'un logement adapté aux besoins de la personne.

« Pascale Estecahandy

Quand il s'agit de problématiques de santé mentale, on voit bien que l'IML seule ne marche pas. Comme vous le disiez, il faut un cofinancement, il faut que l'ARS s'investisse dans un volet qui peut être le handicap, avec du SAMSAH ou, comme c'était le cas pour le « Chez-soi d'abord », le volet des publics spécifiques. Il faut qu'il y ait un cofinancement, et c'est ce qui est complexe. Il faut que tout le monde soit à la table de concertation pour ces financements.

« Alexandra Fourcade

J'ai quand même retenu, dans votre présentation, que dans le cadre du programme DIHAL, il y a eu une évaluation des retours sur investissement de la mise en place de l'accompagnement. Globalement, si l'on regarde le retour sur investissement en termes de prévention et d'évitement des hospitalisations, le modèle est économiquement viable. C'est peut-être cela qu'il faut que l'on communique et que l'on rende peut-être plus lisible encore, parce que c'est un programme qui a été évalué, qui a démontré son efficacité et qui aujourd'hui, est en capacité de convaincre des DG d'ARS et des DRJSCS de s'engager dans ces programmes,

puisqu'il y a un retour sur investissement. C'est aussi cela, me semble-t-il, l'intérêt de l'innovation, au sens scientifique : pouvoir évaluer et ensuite, en tirer des enseignements pour la diffusion.

«• Éric Kérimel de Kerveno

Le programme a effectivement montré que des économies étaient faites. Mais ce sont des économies générales. Ce n'est pas par tuyaux d'orgue. Ce n'est pas parce que l'on va économiser sur l'hospitalisation que cela va enrichir le BOP 177.

«• Alexandra Fourcade

Je parlais en termes d'argent public, que ce soit le BOP ou autre chose.

«• Éric Kérimel de Kerveno,

directeur général d'Habitat alternatif social

Oui, mais cela m'étonnerait que Bercy le pense comme vous.

«• Alexandra Fourcade

Je suis d'accord. Je propose que nous nous arrêtions là sur les financements. Il y avait deux autres questions complémentaires, l'une adressée à la Fondation de France et l'autre à M. Pichon, pour savoir comment ils font lorsqu'ils ne peuvent pas ouvrir la porte.

«• Karine Pouchain-Grépinet

Merci pour cette question, parce que je pense qu'effectivement, nous ne sommes vraiment pas bons sur la valorisation de ce que nous faisons ou en tout cas, de ce que nous finançons, et notamment, de cette capacité d'observatoire national des bonnes pratiques que nous pourrions être. Nous le faisons dans des journées comme aujourd'hui, plus rarement, dans des colloques. Nous le faisons modestement dans le cadre de journées de porteurs de projet, que nous interviewons sur des sous-thématiques et parfois, quand nous avons un peu de chance, cela a un vrai impact. Je prendrai

l'exemple des journées de porteurs de projet que nous avons pu faire sur le *job coaching*, puisque nous avons financé plusieurs associations sur ces nouvelles formes d'accompagnement vers et dans l'emploi de personnes souffrant de troubles psychiques, qui, en parallèle, se sont constituées en collectif pour l'emploi accompagné. Maintenant, il y a un décret et des appels à projets ARS qui permettent de financer ces nouvelles formes d'accompagnement vers et dans l'emploi. Cela peut donc parfois faire boule de neige et nous en sommes très fiers, mais je pense qu'effectivement, nous ne sommes pas assez bons en matière de valorisation de tous ces dispositifs que nous finançons et qui mériteraient d'être plus connus pour être essayés. Nous avons néanmoins fait un guide sur les familles gouvernantes avec l'UNAF, un petit mode d'emploi pour mettre en place ce type de dispositif, qui est toujours accessible sur notre site Internet et qui n'est pas démodé depuis 2006.

«• Alexandra Fourcade

Monsieur Pichon, comment fait-on en cas de refus ?

«• Adrien Pichon

En cas de refus, nous insistons, c'est-à-dire que nous y retournons. Nous nous accrochons. Nous pouvons nous voir claquer la porte au nez six, sept ou dix fois. Au bout d'un moment, cela marche. Dans l'ensemble des situations dont je vous parlais, j'ai le souvenir d'un refus net et catégorique, où nous n'avons rien pu faire. Ce n'était pas vraiment une situation d'incurie, c'était une problématique un peu plus complexe, je pense. Globalement, nous essayons de ne pas parler tout de suite des choses qui fâchent, c'est-à-dire de ne pas forcément traiter de la question du logement d'emblée, mais de travailler sur des questions latérales : le retour aux droits, remettre l'électricité, réaliser de petits travaux... Il se trouve que la Fondation Abbé Pierre nous donne une petite enveloppe pour amorcer parfois de petites opérations, réaliser de petits travaux qui permettent de débloquent ensuite des choses dans l'accompagnement, de travailler sur la confiance et le lien. Honnêtement, cela se débloquent toujours, au bout d'un moment.

« M'hamed El Yagoubi,

chercheur en santé communautaire

Je suis chercheur post doctorant en sciences cognitives, sciences du langage et sciences de l'éducation. Bonjour à toutes les personnes présentes ici dans la salle et bonjour aux intervenantes et aux intervenants. Je vais poser une question simple, plus simple que simple : quand aurons-nous le courage de quitter le paradigme psychiatrique d'accusation ? Je suis ici parce que, je suis désolé de vous le dire, parce que je me sens tellement proche des victimes, des personnes qui sont stigmatisées de troubles psychiques, de troubles psychiatriques, de troubles comportementaux, troubles de n'importe quoi. À force de parler de troubles, on devient trouble. Cela, c'est une bonne question. On parle d'innovation, mais moi, je ne vois pas d'innovation, ici. Je ne vois que la continuité dans l'insignifiance. J'ai suivi ce que disaient les intervenants tout à l'heure et j'ai été obligé de sortir. J'ai essayé de faire une analyse statistique, mentalement. Il est difficile de dire « mentalement ». Le terme « santé mentale » s'est répété plusieurs fois. Je ne comprends en rien en quoi consiste cette appellation abusive. La santé, c'est la santé générale. D'entrée de jeu, on parle de la santé mentale, on catégorise des gens qui ne sont pas conformes à un système de normes. Je vais poser la question suivante, parce que je suis passé à la connaissance de la problématique psychiatrique ici, en France, par l'ignorance, au sens défini par Stuart Firestein, un grand chercheur biologiste américain. Je suis un peu en colère, mais dans une humanité radicale – radicale, ce n'est pas l'extrémisme –, parce que, comme le disait Platon, « la perversion de la cité commence avec la fraude des mots ». Tout simplement.

« Pascale Amiel-Masse,

psychologue, CMP de la Belle de mai, Marseille

Je suis psychologue au CMP de la Belle de mai, secteur 12 et vice-présidente de l'association Alternative 11, celle qui a porté le projet de la mallette Alto. Je voudrais d'abord dire que j'ai été vraiment très, très intéressée par les interventions. Je voudrais faire deux commentaires et poser une question.

D'abord, en ce qui concerne les baux glissants, comme cela a été dit tout à l'heure, l'IML trouve des bailleurs privés qui acceptent le processus des baux glissants. Nous, au niveau d'Alternative 11, nous avons eu un certain nombre de problèmes à ce sujet avec des bailleurs publics qui ne sont pas d'accord pour faire glisser les baux. Nous trouvons que c'est un peu dommage. Nous avons eu des réunions, des explications, et j'aimerais

bien savoir pourquoi, dans certains cas, cela reste impossible, même si les personnes que nous accompagnons sont depuis longtemps dans les logements, n'ont pas posé de problèmes particuliers, ni de loyer ni de voisinage. Nous espérons une avancée des mentalités à cet égard.

Par ailleurs, j'aimerais bien savoir si quelqu'un, dans l'assistance, a travaillé, en matière de solutions innovantes, sur les logements en container. Je sais que de telles expériences sont menées en France, qui sont parfois controversées, mais qui présentent un intérêt. Cette question appelle mon attention, de ma place de psychologue qui s'intéresse au logement et à l'insertion par le logement.

Enfin, à propos de « Un chez soi d'abord », je voudrais intervenir sur la question du tirage au sort qui s'est fait au départ. Je pense que c'est pour des questions statistiques et de randomisation. Je sais que c'est un sujet qui a été polémique. J'aimerais savoir comment cette question du tirage au sort s'est posée et pourquoi il a été nécessaire de le proposer. En attendant, les personnes qui ont eu la chance d'être tirées au sort ont pu bénéficier d'un accompagnement extraordinaire et je voudrais le saluer.

« Alexandra Fourcade

Merci. Je vais passer la parole à Patrick Padovani sur la première question : comment faire en sorte que les bailleurs sociaux acceptent les baux glissants ?

« Patrick Padovani

Je voudrais apporter une précision que j'ai déjà soulignée ce matin. Chez les bailleurs sociaux, dans le cadre de leurs commissions d'attribution des logements, il y a des réglementations, des règles très strictes et très bien précisées. Il est évident que si l'on fait un bail glissant, il s'agit de quelqu'un qui ne passe pas en commission d'attribution des logements. On déroge donc à la règle. À la limite, c'est ce qui se fait, et je le pratique assez souvent dans le cadre de l'institution qui est la mienne, Habitat Marseille Provence, puisque je rappelle au passage que j'ai 27 appartements en relation avec Alternative 11, l'Arrism, qui sont aujourd'hui regroupés sur Appart 13 et qui sont un cadre d'accompagnement pour les publics en santé mentale. Ce qui se passerait, c'est que finalement, le fait de se trouver dans une situation de pathologie permettrait l'accès à un logement alors que nous avons, d'un autre côté, 8 500 personnes qui attendent un logement. Voilà pourquoi nous ne pouvons pas aujourd'hui

faire des baux glissants à ce niveau. Ce serait faire une stigmatisation positive, une discrimination positive dans ce cadre. Il faut respecter les règles de logement. Dans le cadre du bail glissant, nous avons aussi été confrontés au fait que la personne logée dans un quartier X ne voulait pas loger dans un quartier Y ou Z, à côté. Ce sont toutes ces raisons qui font qu'aujourd'hui, on ne peut pas maîtriser les baux glissants de cette façon.

☞ Alexandra Fourcade

Merci. Quelqu'un, dans la salle, a-t-il l'expérience sur les logements en containers ?

☞ Éric Kérimel de Kerveno,

directeur général d'Habitat alternatif social

Comme nous nous appelons « Habitat alternatif », nous avons évidemment travaillé sur ce sujet. Ce n'est pas possible, pour une simple raison : cela soulève des questions de permis de construire. Si vous mettez un container sur un sol, à partir du moment où vous l'avez mis sur le sol, c'est une occupation du sol, c'est de l'habitat et c'est soumis à un permis de construire. Aujourd'hui, dans les Bouches-du-Rhône, toutes les communes, sauf une seule, refusent ce type d'habitat, puisque cela ne correspond pas aux règles que l'on trouve dans le plan local d'urbanisme. Toutes les expériences qui sont menées en Hollande, en Belgique, à Paris ou ailleurs se sont faites dans des communes qui, dans leur PLU, ont pensé à inclure de telles possibilités. L'expérience la plus avancée est celle de la commune de Brive, où il y a eu une pensée sur les permis de construire qui a prévu des habitats en containers. Ce sont des espèces de cabanes en bois. À Marseille, l'Armée du salut a déposé des *tiny houses*, au Hameau. Mais tout ce type d'habitat ne correspond pas aux règles d'urbanisme. C'est pourquoi, hélas, nous n'y arrivons pas, bien que l'architecte qui a pensé cela le plus en amont habite à Marseille, à L'Estaque, et ait construit sa propre maison container.

☞ Alexandra Fourcade

Il y a quand même des innovations à faire en matière de PLU pour les containers. Des choses se sont faites, y compris dans Paris intra-muros. Je pense notamment au 16^e arrondissement, où il y a eu des constructions,

certainement hors PLU, sur les boulevards des maréchaux. On a réussi à le faire. Il y a l'aspect des normes et ensuite, il y a la capacité politique de faire passer un projet quand il a du sens par rapport à un besoin nouveau. Et l'innovation doit aussi concerner l'évolution des normes juridiques.

☞ Laurent El Ghozi

Je veux bien que l'on dise que c'est dommage. Les normes sont toujours contraignantes mais en l'occurrence, les normes pour le logement décent sont des normes protectrices. Si l'on n'a pas le droit de faire habiter durablement des gens dans des containers, c'est à la fois pour des règles d'urbanisme, mais c'est aussi pour des règles de décence du logement. On peut accumuler les gens et dire qu'ils ont le droit d'habiter dans une cave ou une pièce de 4m². On peut dire cela. Cela favorisera effectivement le logement d'un certain nombre de gens qui n'en ont pas, mais en même temps, les normes sont faites pour protéger et mettre un niveau d'exigence minimum afin que l'on ne puisse pas louer un gourbi à une famille de six personnes. C'est peut-être dommage pour cette famille, mais c'est tout de même protecteur.

Puisque j'ai le micro, je voudrais revenir sur les financements, avec une question et une proposition. La question porte sur le multi-financement, qui a été évoqué à plusieurs reprises. Pour l'IML, par exemple, il faut qu'il y ait d'autres financeurs. Est-ce que cette règle du multi-financement, que l'on voit dans les appels à projets, que l'on voit dans l'IML, que l'on voit de plus en plus partout, peut-on considérer que c'est un élément qui finalement, favorise le travail en commun, oblige les différents partenaires à se mettre ensemble pour construire un projet, et que donc, c'est facteur de partenariats et par conséquent, peut-être d'innovation ? Ou bien est-ce simplement l'incapacité de chaque service public, ministère ou autre, de prendre en charge complètement telle ou telle action publique ? J'aimerais avoir votre avis aux uns et aux autres et je pose aussi la question à la salle. Cela vaut aussi pour la Fondation de France, qui ne finance jamais complètement, mais qui cofinance. Sur l'IML, si l'on a fait la preuve que cela diminuait le nombre d'hospitalisations, de journées d'hospitalisation psychiatrique, il faut simplement prendre de l'argent aux hôpitaux psychiatriques pour financer au moins l'accompagnement médico-social, au moins l'accompagnement sanitaire dans le logement, et que ce ne soit pas à payer en plus. Le virage ambulatoire ou la prise en charge des patients dans la cité, que ce soit ou non dans le cadre de l'IML, cela relève de l'hôpital public et en l'occurrence, de l'hôpital psychiatrique.

Il me semble qu'il y a là un champ de mise en œuvre de la fongibilité asymétrique, qu'un certain nombre de gens appellent de leurs vœux, de l'hôpital psychiatrique vers l'accompagnement dans le cadre de l'IML, et il faut se battre pour cela.

« Alexandra Fourcade

C'est un vrai sujet au Conseil national de santé mentale. Peut-être les éminents représentants qui sont dans la salle veulent répondre. Je ne sais pas si M. Ehrenberg est arrivé. C'est un sujet global que celui des cofinancements sur des projets qui sont collaboratifs.

Il y a une question à laquelle il n'a pas été répondu : les raisons du tirage au sort dans le cadre de l'expérimentation « Un chez-soi d'abord ». Je passe la parole à Pascale Estecahandy.

« Pascale Estecahandy

Avant de parler du tirage au sort, je voudrais juste dire deux mots sur les baux glissants. La question des baux glissants n'est pas simple du tout, que ce soit dans le privé ou dans le public. Dans le public, comme je le disais tout à l'heure, cela arrive contre ce qui est mis en place classiquement dans les responsabilités des uns et des autres. La question est effectivement de savoir si en passant par ce dispositif, on va avoir un bon à tirer immédiat, comme pour les politiques de peuplement. C'est une vaste question. Pour ma part, j'ai mon opinion, mais elle n'est que la mienne. Pour moi, il faut absolument que le secteur du logement public s'engage et que nous y allions tous. Sinon, dans des dispositifs comme le « chez-soi d'abord », on en arrivera à stocker les gens dans les dispositifs et cela ne servira plus à rien. Il y aura un blocage.

Applaudissements.

Mais une fois que l'on a dit cela, on n'a pas forcément dit grand-chose non plus. Ce dispositif se met en place. Si l'on n'imagine pas travailler tous collectivement pour qu'il y ait du flux dans le système, cela ne marchera pas. On va mettre un niveau en plus, qui va bloquer, etc. Il y a une responsabilité collective. Et pour les appartements privés, c'est vraiment au compte-gouttes. Je crois qu'à Marseille, il n'y en a eu qu'un qui soit réellement en baux glissants. Soliha s'est investi, il y a des choses qui se passent, mais un bailleur privé...

« Célia Chischportich

En six ans, il y en a quand même eu huit.

« Pascale Estecahandy

Non, je parlais du dispositif « Chez-soi d'abord ». Mais même huit en six ans, c'est une mini goutte d'eau. On voit bien qu'il est nécessaire de faire bouger les choses et pour ma part, je pense que le levier du logement social est fondamental. Sinon, cela bloque tout, parce que l'on ne peut pas imaginer que des gens puissent aller vers de l'autonomie, de l'indépendance, s'ils restent sous-locataires *ad vitam aeternam*. Cela ne pourra pas marcher.

Pour ce qui est du tirage au sort, j'ai vu le regard de Pauline Rhenner et peut-être pourra-t-elle en dire des choses, puisqu'elle aura un regard de chercheur sur le dispositif. L'objectif du tirage au sort est d'avoir une recherche avec un très haut niveau de preuve. On pourrait certes discuter de ce que l'on appelle les *evidence bases policies*, c'est-à-dire les politiques basées sur les preuves, mais nous avons bénéficié, dans le cadre du « chez-soi d'abord », d'une fenêtre d'opportunité. L'entrée par la recherche a finalement mis en accord un certain nombre de personnes qui travaillaient dans les administrations centrales, des politiques et jusqu'à la ministre, qui a permis la mise en place de ce programme avec une entrée qui est une entrée par une recherche qui, certes, est coûteuse, et qui nous a tous interrogés sur cette question du tirage au sort parce qu'*in fine*, c'était : « vous avez une chance sur deux d'entrer dans un logement ».

« Laurent El Ghozi

C'est mieux que zéro chance.

« Pascale Estecahandy

Effectivement. On voyait que même à la sortie d'un cursus relativement exemplaire, par le haut, de quelqu'un qui était passé par la démarche en escalier et qui, finalement, passait par un CHRS qui était accompagné, les chances étaient de 30%. C'est ce que l'on dit classiquement dans les sorties de CHRS en matière de logement autonome. C'était donc da-

vantage. Mais cela nous a beaucoup occupés. Nous en avons beaucoup discuté, nous avons un comité scientifique, etc. L'avantage, aujourd'hui, c'est que nous apportons des chiffres. Vous avez vu la diapositive que j'ai montrée sur le comparatif entre le «chez-soi d'abord» dans le système ordinaire et le système ordinaire tout seul : le système ordinaire de droit commun produit aussi des choses. Les gens vont dans de l'hébergement, dans des CHRS, dans du logement, même si nous pensons qu'il y a quand même eu un biais parce que les structures qui envoyaient les personnes vers le dispositif du «chez soi», quand il n'y avait pas la bonne enveloppe, les accompagnaient quand même assez fortement. Et peut-être nous ont-elles aussi adressé les personnes pour lesquelles elles pensaient que cela fonctionnerait. Voilà pour ce qui est du tirage au sort.

Il y a une dernière chose que je voulais dire, sur la question des cofinancements. Je peux juste parler de l'expérience du «chez-soi». Clairement, le fait d'avoir un financement de l'État et de l'assurance maladie dans le cas de l'expérimentation et de la recherche, d'ailleurs – nous avons eu l'ensemble des administrations centrales qui étaient autour de la table –, a été un facteur très, très positif. Cela les a obligés à travailler ensemble. Mais cela ne signifie pas qu'il faut toujours du cofinancement pour travailler ensemble. En tout cas, pour l'expérience du «chez-soi», qui est une expérience qui est partie d'en haut pour mettre en place ensuite sur le terrain, cela a obligé l'ensemble des administrations centrales à travailler ensemble. C'est aussi parce que nous avons un pilotage interministériel, et à mon avis, c'est ce qui a été la clé pour les mettre autour de la table. Mais s'ils n'avaient pas été engagés financièrement des deux côtés, je pense qu'il aurait été moins simple de les engager a posteriori.

« Alexandra Fourcade

Pour mon information personnelle, est-ce que ce modèle, qui a été considéré comme innovant, qui a eu un retour sur investissement positif sur le plan financier, a re-questionné le modèle classique du parcours en CHRS, etc., ou non ? Et aujourd'hui, qu'en est-il de ce modèle ? Est-ce qu'il persiste ? Est-ce qu'on lui en a substitué un autre ? Ou bien est-ce que, comme c'est souvent le cas en France, on crée quelque chose en plus et l'autre perdure jusqu'à épuisement des crédits ?

« Pascale Estecahandy

Si l'on regarde le verre à moitié plein, oui, cela a énormément fait bouger les choses, puisque la stratégie «logement d'abord» a été lancée, que le plan «logement d'abord» a été lancé, qu'un appel à manifestations d'intérêt a été lancé sur l'ensemble des territoires pour que des collectivités s'engagent à mettre en œuvre le plan «logement d'abord» dans l'ensemble de ses dimensions. Si l'on regarde le verre à moitié vide, il y a eu des annonces qui ont été moins sympathiques, notamment sur l'APL, et qui bloquent un peu les choses. Mais ce mouvement d'aller directement sur le logement, on l'observe partout en Europe. Je pense que maintenant, le modèle en escalier a démontré qu'il n'était plus efficace. C'est clair.

« Élise Rochet, *psychologue*

Je suis psychologue et coordinatrice de santé sur une plateforme de coordination des soins pour les plus vulnérables à Bordeaux. J'ai une question concernant l'innovation. Je voulais savoir si l'innovation, ce n'était pas aussi de proposer des projets qui ne génèrent pas forcément un retour sur investissement, comme j'ai pu l'entendre à de nombreuses reprises. Je pense à votre expérience, Monsieur, pour les personnes qui ont un syndrome de Diogène. À Bordeaux, nous avons un dispositif qui est un peu similaire. Il faut parfois aller frapper cinq ou six fois à une porte. Cela coûte beaucoup d'argent pour pas grand-chose, si l'on raisonne en termes de retour sur investissement. Par contre, c'est nécessaire pour recréer du lien et permettre à des situations de vraiment se débloquent. C'était ma première question : faut-il forcément faire des économies pour que ce soit innovant, en tout cas à court terme ? Parce qu'à long terme, cela peut faire faire des économies.

Par ailleurs, je trouve que nous n'avons pas assez interrogé la question de ce qu'est habiter, même si nous en avons parlé un peu tout à l'heure. Peut-être que proposer juste un logement directement pour une personne qui a été à la rue pendant vingt ans, cela fonctionne, mais moi, à titre personnel, j'ai beaucoup travaillé avec les personnes à la rue : c'est un choc énorme. Être dans la rue, c'est avoir des relations sociales tous les jours, avoir des contacts, du passage, c'est être un peu éloigné de ses traumas parce qu'il y a du bruit et qu'à un moment donné, ce bruit couvre plein de choses, les petites voix que l'on a dans la tête, etc. Le jour où ils se retrouvent dans un logement, pour certains, cela peut être très aidant mais pour d'autres, cela peut être très compliqué. Ne peut-on pas réfléchir à

des formes alternatives d'habiter ? Pour ma part, je trouve que les paliers sont intéressants. C'est une manière pour chacun de réinvestir cette histoire d'habiter. Mais je pense aussi à des terrains, des lieux où les gens pourraient mettre une caravane, dans un premier temps, des espaces un peu alternatifs qui permettraient de se réapproprier petit à petit l'habitat. Parce qu'habiter, ce n'est pas simplement avoir une maison, une voiture et un chien.

Applaudissements

«• Alexandra Fourcade

Nous pouvons peut-être apporter une précision sur la question innovation/économie.

«• Adrien Pichon

On peut effectivement avoir l'impression que ce genre de dispositif coûte plus qu'il ne rapporte. Je ne suis pas un spécialiste de l'évaluation. Je ne sais pas le faire. Mais si l'on prend la question des coûts induits qui sont évités grâce à une intervention de prévention, de réduction des risques, etc., je suis plutôt confiant sur le fait que l'on peut prouver la pérennité économique de ce genre de dispositif. Mais je ne suis pas en mesure de le faire.

«• Alexandra Fourcade

Dans le programme « un chez-soi d'abord », c'était quand même un élément important de l'évaluation, qui a été probant. Pour la diffusion de la politique publique qui en a suivi, cela a été un argument pour dire que non seulement, on expérimentait, que l'on évaluait et qu'ensuite, on diffusait si l'évaluation était positive. Je comprends l'intervention de madame, qui dit qu'il y a beaucoup d'interventions pour lesquelles on ne pourrait peut-être pas avoir ces retours sur investissement, avec des guillemets très épais, mais en même temps, c'est un argument aujourd'hui très important dans la diffusion d'une politique publique comme celle-là et cela a été un facteur positif, pour ce qui est de ce programme. On ne peut évidemment pas le généraliser, mais c'est tout de même un point que l'on ne peut pas négliger.

Sur la notion d'habiter pour les SDF, quelqu'un veut-il compléter sur les réponses que l'on peut apporter ? Vous avez raison de dire qu'il n'est pas forcément évident de passer de manière brutale de la rue à un logement en bonne et due forme. Quelqu'un veut-il répondre sur des solutions alternatives progressives ? J'imagine que cela peut aussi faire l'objet d'une évaluation scientifique. Y a-t-il des éléments de réponse sur le fait qu'il est mieux de mettre quelqu'un sous un toit directement plutôt que d'apporter une solution intermédiaire, ce qui, a priori, était quand même le postulat de départ de toute la journée ?

«• Pascale Estecahandy

C'est la question du droit et du choix. Les gens ont le choix. L'idée n'est pas de les mettre d'emblée dans un logement. Il y a un droit au logement. On leur propose. On n'impose pas a priori une démarche en escalier. En tout cas, pour le dispositif du « chez-soi d'abord », il y a eu un modèle, qui était l'appartement classique. Nous étions dans une recherche, et il est toujours embêtant de comparer des choux et des carottes. Mais il y a des gens qui vont aller vers d'autres modèles, et pourquoi pas ? Il faut toujours respecter le choix de la personne et reconnaître le droit au logement pour tout un chacun. Le principe est celui-là.

«• Pauline Rhenter,

chargée de recherche au sein du programme « Un chez-soi d'abord »

Je voulais juste intervenir sur la question du tirage au sort. Je fais partie de l'équipe de recherche qualitative évoquée par Pascale Estecahandy. Je vais parler au titre de mes collègues de la recherche quantitative, qui ne sont pas là, mais qui ont organisé cet affreux tirage au sort. Je vous rassure : la personne ne tirait pas entre deux enveloppes. C'est un tirage au sort qui était effectué a priori. Il y avait un numéro d'inclusion dans une étude, on expliquait aux personnes ce qu'impliquait le fait d'entrer dans une étude, et comme on l'aurait fait pour tester un médicament ou non, les personnes étaient informées qu'elles avaient une chance sur deux d'entrer dans ce dispositif. Je rappelle que ce dispositif ne consistait pas seulement à tester l'efficacité ou non d'avoir un logement à court terme, mais de bénéficier d'un pack, à savoir un logement à court terme plus un accompagnement très spécifique, orienté vers le rétablissement et la réduction des risques, et qui avait aussi pour principe de faire ce que l'on appelle de *l'assertive community treatment*, c'est-à-dire de l'accompagnement communautaire aux

besoins intensifs. Encore une fois, on ne testait pas un certain nombre de personnes qui n'avaient pas de logement du tout et d'autres qui en avaient à coup sûr, puisque certaines personnes, dans le groupe dit « expérimental », avaient déjà eu des logements par le passé et que pour autant, cela n'avait pas tenu. C'étaient donc aussi les conditions d'accompagnement qui n'avaient pas été efficaces pour ces personnes.

Cela n'a pas non plus été une partie de plaisir pour les chercheurs. Ils ne sont pas ici, mais les enquêteurs qui étaient les petites mains du volet quantitatif, qui faisaient passer les questionnaires d'entrée, ont fait beaucoup de cauchemars, pendant des mois. Ils ont été hantés par cette question de la randomisation qui faisait qu'ils avaient quelqu'un en face d'eux et que l'on devait, à un moment, ouvrir une enveloppe avec un numéro d'inclusion qui disait : « groupe expérimental » ou « groupe témoin ». Pour atténuer un peu ce constat, qui était délicat, sur le plan de l'éthique, j'ai pour ma part fait des entretiens avec un certain nombre de personnes qui étaient aussi dans le groupe témoin. Toutes n'étaient pas dans une situation d'absolue déception qui dure des mois. D'ailleurs, certaines ont trouvé un logement dans le système habituel, puisque le système habituel marche aussi pour un certain nombre de personnes, en fonction de leur situation. Il marche moins vite. Nous l'avons vu dans les résultats quantitatifs. Nous avons par exemple testé une échelle sur le niveau de rétablissement. Après vingt-quatre mois, les niveaux de rétablissement dans les deux groupes sont comparables, sauf qu'ils ont augmenté beaucoup plus vite dans le groupe expérimental qui bénéficiait de cette intervention et de ce logement au départ que dans le groupe témoin. Cela relativise donc un peu l'impact. Plusieurs personnes du groupe témoin m'ont dit qu'elles n'avaient jamais eu une chance sur deux. On aurait pu imaginer que la déception, dans le groupe témoin, débouche sur une sortie de la recherche, parce que les personnes entrées dans la recherche avaient tout à fait le droit, dès le lendemain du tirage au sort, de quitter la recherche et de ne pas continuer à être soumises à des questionnaires rémunérés tous les six mois pendant deux ans. Il y a eu très peu de personnes qui ont refusé de continuer et même, beaucoup nous rappelaient pour nous demander des nouvelles de ce programme. Elles avaient, il faut le dire, une certaine satisfaction à pouvoir contribuer à une recherche et aussi, à parler de leur situation, à témoigner de leur situation et de leur expérience dans le système sanitaire et social habituel. Je tenais à le préciser. Ce tirage au sort a beaucoup plus été critiqué par les professionnels que par les personnes elles-mêmes. Je parle dans la durée.

Je voudrai ajouter autre chose, au sujet de l'essaimage de la diffusion. Quelqu'un a demandé si l'on pouvait aussi essayer des pratiques qui

ne faisaient rien économiser. Encore une fois, ce que nous avons mesuré dans le cadre du « chez-soi d'abord », c'est bien sûr un coût, mais un coût rapporté au bénéfice pour les personnes, c'est-à-dire à l'amélioration de la qualité de vie, du rétablissement, du recours au soin, à une stabilité résidentielle, etc. Ce n'est donc pas un coût net. Si l'on peut imaginer que l'on optimise des dépenses publiques, pour ma part, cela ne me choque pas. Ce n'est pas forcément pour faire des économies. De plus, ce modèle du « chez-soi », même s'il est diffusé par un décret et qu'il va y avoir d'autres équipes, « Un chez-soi d'abord » connaît aussi un essaimage sur le versant dont il a moins été question aujourd'hui, puisqu'il porte moins sur « l'habiter » à proprement parler, en tout cas sur le logement, que sur le modèle du rétablissement en santé mentale, que l'on appelle le *recovery*, en anglais, l'équivalent français (« rétablissement ») étant moins adapté. Ce programme, parce qu'il était national, dans quatre villes françaises, a été le creuset pour développer de nouveaux projets du type *Working first*, ou encore, un projet de *Housing first*, pour les personnes qui sont sur le point d'être incarcérées. Ce sont des projets de Médecins du monde, dont nous avons ici le porteur, Thomas Bosetti, qui pourrait en parler. Ce programme a été un formidable relais pour des initiatives qui n'étaient pas diffusées, par exemple le mouvement des groupes d'entendeurs de voix, qui est une alternative, une possibilité, dans les ressources en santé mentale, pour des personnes qui sont entendeurs de voix, pour gérer leur entente de voix et bien vivre malgré cette entente de voix, voire diminuer ou arrêter complètement leur traitement. Cela a également été un soutien pour développer des formations sur le travail pair. Tout cela, c'est ce qui n'est pas comptabilisé au titre de la modélisation du programme « Un chez-soi d'abord » en termes institutionnels, mais qui essaime. Dans certaines villes, il y a maintenant des cours qui sont dispensés dans certaines facultés par des usagers de la psychiatrie, qui sont eux-mêmes à la place d'un professeur de psychiatrie et qui parlent de leur expérience et de la façon d'accompagner les personnes. C'est un changement qui reste minoritaire, mais qui prend plus la forme d'une tache d'huile qui se répand, doucement mais sûrement, plutôt que quelque chose de plus institutionnel. À mon avis, c'est aussi par ce biais-là que le modèle se diffuse ou en tout cas, que de bonnes pratiques et des pratiques alternatives se diffusent, avec moins de heurts et plus de mobilisation d'un certain nombre d'acteurs du sanitaire et du social.

Applaudissements

« Alexandra Fourcade

Merci pour ce complément sur le programme, qui, on le voit bien, a des retombées qui dépassent largement l'objet de l'étude.

« Émilie Garrido,

déléguée mandataire judiciaire à la protection des majeurs, UDAF des Bouches-du-Rhône

Pour nous, la question du toit en qualité de tuteur ou de curateur est tout de même une question essentielle, puisque nous avons une priorité, qui est le maintien du toit. Au sujet du dispositif « Un chez-soi d'abord », j'ai bien compris que pour l'entrée du dispositif, il n'y a pas de nécessité de soins ou d'accompagnement médical. Pour nous, en termes de coordination, pour moi en tout cas, pour le secteur nord, je m'appuie beaucoup sur le centre Édouard-Toulouse, sur les services de psychiatrie de secteur. Je voulais savoir quel accompagnement était mené avec « Un chez-soi d'abord », parce qu'en qualité de tuteur, on a quand même besoin d'un soutien médico-social, pour le maintien du toit, et s'il était dans la continuité. Lorsqu'il y a une mesure de protection, on a parfois tendance à se dire que les services tutélaires ne se substituent pas aux dispositifs de droit commun, et par ailleurs, les services de secteur sont surchargés. Quel accompagnement est réalisé ? Merci.

« Alexandra Fourcade

Je propose que monsieur, qui, apparemment, a la bonne réponse pour répondre à votre question, non seulement réponde, mais pose ensuite sa question, en faisant d'une pierre, deux coups.

« Thomas Bosetti,

coordinateur de projet à Marseille, Médecins du monde

J'étais médecin psychiatre dans l'équipe du « Un chez-soi d'abord » à Marseille. Notre accompagnement suivait une méthodologie des soins intensifs dans la communauté, *assertive community treatment*. La méthodologie, en fait, n'est pas très compliquée. On sait que ce sont des équipes dans lesquelles il faut un psychiatre, des infirmiers, des travailleurs sociaux et idéalement, des travailleurs pairs. Nous voyons chaque personne une fois par semaine au minimum. Pour certaines personnes, nous nous

sommes portés au domicile tous les jours de la semaine, sur des temps courts, mais nous sommes en capacité de répondre à ce type de demande. L'idée est que tous les membres de l'équipe sont en capacité d'intervenir sur la situation, avec idéalement, une coordination de l'accompagnement avec un intervenant pivot, qui a toujours en tête quel est le but à long terme de la personne, et de construire avec celle-ci de petits plans d'intervention pour arriver jusque-là. Ce genre d'intervention est maintenant très structurée, trop peu diffusée, selon moi, dans les services sanitaires et médico-sociaux. Cela s'appelle les « plans de rétablissement » et notamment, les « plans de crise ». Une interne fait actuellement une thèse sur ces plans de crise, que l'on pourrait traduire aussi comme « directives anticipées ». Il s'agit de travailler avec les personnes sur ce qu'est une crise, quelles sont les personnes de confiance que l'on peut faire intervenir dans ce moment-là, ce que la personne accepte à ce moment-là, ce qu'elle ne veut surtout pas, comment l'on met fin à une période de crise... C'est très détaillé. À mon avis, il serait important que ce travail diffuse un peu plus. Cela donnerait beaucoup de grain à moudre, notamment pour les infirmiers.

Pour souligner ce que disait Pauline Rhenner, nous avons expérimenté beaucoup de choses. Nous nous sommes beaucoup acculturés et nous nous sommes aussi beaucoup cultivés de l'apport d'autres pays sur ces questions. Il y a beaucoup de choses à proposer, quand on veut suivre une telle méthodologie. Il y a quelque chose dans l'organisation de l'équipe, avec un fonctionnement très horizontal, il y a la question du secret partagé, qui est également centrale, et il y a un rapport très particulier avec les personnes que nous accompagnons, d'où l'idée d'avoir aussi des travailleurs pairs dans l'équipe, qui fait que l'on change radicalement le regard sur la schizophrénie. Dès lors que l'on a un bon collègue qui est lui-même schizophrène, on arrête de faire des blagues sur les schizophrènes dans les équipes, tout simplement. Je ne sais pas si cela répond complètement à votre question.

Ensuite, se pose la question de la subsidiarité. Au début, nous avions du mal à nous sentir comme devant agir en subsidiarité. Nous avons vraiment l'idée de faire de l'accompagnement vers le soin. Finalement, il y a beaucoup de lieux de soins qui paraissent peu adaptés pour les personnes en situation de crise. On ne va pas au CMP lorsque l'on est en crise. Nous avons donc géré un certain nombre de choses dans les logements. Nous avons expérimenté des choses, comme l'usage des hôtels meublés dans des situations de crise pour éviter l'hospitalisation sous contrainte. C'est quelque chose qui a très bien fonctionné, qui nourrit aussi la réflexion sur un lieu de répit qui est actuellement en train de se monter à Marseille, sur

le modèle des maisons Soteria: des travailleurs pairs qui accompagnent les personnes en situation de crise. Ici, nous allons faire un modèle un peu mixte, où il y aura quand même des professionnels de la santé mentale, mais probablement pas de médecins. Je pense que la subsidiarité est absolument utile, en tout cas dans le démarrage des accompagnements. Ensuite, on en revient à la question que soulevait Pascale, celle du droit, du droit d'avoir le choix, mais de prendre des décisions éclairées: «il y a le CMP, voilà comment il fonctionne. Tu auras probablement un rendez-vous, puis un autre dans deux semaines. On ne t'accompagnera pas vers l'arrêt des médicaments, donc ce n'est pas avec eux qu'il faut discuter cela. Voilà un médecin libéral qui, lui, te proposera peut-être de travailler sur du trauma...» C'est un peu le travail que nous avons fait.

Puisque j'ai le micro, je voudrais évoquer la question des financements. La question de savoir si le financement pouvait être en lien avec de l'innovation a été posée. Pour ma part, je coordonne un projet d'alternative à l'incarcération en santé mentale en lien avec le tribunal de Marseille. Typiquement, l'idée est que la comparution immédiate, on le sait, est un vecteur d'incarcération des personnes les plus précaires et tous les rapports qui sortent actuellement sur la santé mentale en prison montrent qu'il y a des prévalences des troubles psychiatriques bien au-delà de ce que l'on voit dans la population générale. Il est donc légitime de proposer une action de santé publique à cet endroit-là. Nous allons proposer un modèle d'accompagnement proche de celui que nous venons de décrire. Dans ce cahier des charges, l'accès au logement est impliqué, de même que la question de l'accès à l'emploi, qui fait partie de ce qui est demandé, ainsi que ces liens et cette articulation avec la justice.

Comment finance-t-on une telle innovation? Soit l'on essaie de faire des demandes de subventions, ce que nous avons essayé pendant trois ans. C'est tellement transversal que l'on nous renvoie toujours à droite et à gauche. C'est très compliqué. Il existe d'autres solutions. Nous avons la culture, grâce à ce travail, de «plan A», «plan B», «plan C», E, F, G, H... Pour le financement, c'est un peu pareil.

Le plan B, c'étaient les financements européens. C'était très intéressant. Cela a été l'occasion pour moi de rencontrer les services de la mairie, M. Padovani et les services de la santé et de la précarité. En effet, pour les financements européens, les projets doivent être portés par la collectivité. On reste sur l'idée que le FEDER, c'est très difficile à avoir, que cela engage tout le monde... Mais il y a une vraie volonté, du côté de l'Europe, de faciliter les financements de projets innovants. Je vois M. Padovani qui hoche la tête, qui n'est pas encore complètement convaincu, mais c'est

peut-être parce que nous ne sommes pas allés jusqu'au bout de la chose. Je pense qu'il est vraiment de la responsabilité des collectivités de s'interroger elles-mêmes sur ses propres priorités, sur les opérateurs qui localement, seraient en capacité d'apporter des réponses et d'aller chercher ensemble ces financements. Là, nous l'avons fait à l'envers: c'est Médecins du monde qui est venu frapper à votre porte, ce n'était pas à votre agenda et nous n'avons pas pu aller au bout.

Le plan C que nous avons trouvé, et c'est un plan qui fait couler beaucoup d'encre, c'est celui des contrats à impact social. Le contrat à impact social, pour nous, est la seule possibilité de financement qui nous a permis d'ouvrir les portes de cinq ministères: Santé, Justice, Logement, Finances, Recherche, parce que c'est un mode de financement qui permet de se mettre d'accord sur une action que l'on va mener et sur un résultat que l'on veut obtenir. En fait, on négocie un contrat entre ces cinq ministères – cinq ministères, c'était peut-être un peu présomptueux, d'autres l'ont fait juste avec deux –, où les tiers payeurs se positionnent clairement sur l'impact du programme et ce qu'ils veulent de résultat. Là, il s'agit de questions de réduction des coûts et autres choses de cet ordre. Ces questions viennent interroger l'impact des projets. Il est bien beau de monter quantité d'innovations, mais pour quel impact? Ce qui est très intéressant, c'est que cela balance un peu la culture des financements européens. Pour les financements européens, l'impact n'est qu'une petite partie de leurs questionnements. Ils se concentrent plus sur le contrôle de gestion et donc, sur la question des livrables. Les champions du monde des réponses aux financements européens sont les gens qui sont en capacité de dire: nous allons faire ceci, cela coûtera tant, nous ferons cela, cela coûtera tant... On «saucissonne» les actions et finalement, on perd un peu l'impact de vue. Nous, actuellement, nous sommes en train d'essayer de conclure ce contrat à impact social qui nous permettra peut-être de financer une action qui devrait commencer en 2018 à Marseille. Ce qui a été assez beau, dans ce mode de financement, c'est qu'il permettra à toutes les parties prenantes d'exposer très clairement les attentes de ce programme: ce que la Justice en attend, ce qu'en attend la Santé, ce qu'en attend le Logement, ce qu'en attendent les Finances, ce qu'en attend la Recherche.

Dernier point: qui finance? «Contrat à impact social», cela veut dire que ce sont des financeurs privés qui mettent l'argent de départ. L'idée est de ne pas financiariser la grande précarité et la pauvreté, parce que soit dit en passant, l'État s'engage à condition que cela lui fasse faire des économies, ce qui sous-entend que derrière, les investisseurs privés gagnent de l'argent en fonction des économies réalisées. Il y a donc un taux de

rémunération en fonction de cela. Le modèle que nous proposons, avec Médecins du monde, est d'essayer d'impliquer un maximum de fondations – je vise là la Fondation de France... Cela pourrait être un modèle très concret pour que les fondations puissent investir dans des projets pilotes très soutenus par la puissance publique, avec un engagement assez fort de pérenniser et d'essaimer en cas de bons résultats.

«● Alexandra Fourcade

C'est parfait. Je pense que vous étiez le spécialiste des montages financiers pour ce type de projets. J'ai compris que demain, à l'issue des jours de colloque, il y aura des recommandations. Je propose qu'il y ait une recommandation sur ce point de la méthodologie pour obtenir les financements de ces projets innovants et que vous pourriez, Monsieur, être le rédacteur. Ce serait important, parce qu'il y a beaucoup de gens qui ne connaissent pas les différents leviers financiers que vous avez cités. Je pense que faire le point sur les leviers existants pour les collectivités et pour les porteurs de projet serait extrêmement utile pour que ces innovations puissent diffuser.

Y a-t-il une toute dernière question ? Parce que nous avons finalement décidé de faire une pause. Je pense que cette table ronde a été tellement riche et dense que nous avons besoin d'une dizaine de minutes de pause avant la projection du film, à 17 heures. Je suggère que ce soit une personne qui n'a pas encore posé de question depuis ce matin.

«● Véronique Marciquet, *consultante chez Panama Conseil*

Je vais aller très vite parce que nous sommes sur la question des leviers, mais pour donner une petite note d'optimisme sur le sujet des logements. Sur l'accompagnement, on voit bien que ce sont les métiers de base. En les combinant, on arrive à activer des leviers. On observe aussi que les innovateurs sont des gens obstinés : plan A, plan B, plan C, plan D, etc. Je pense que sur la recherche de logements, de bâti, nous avons aussi des leviers que nous n'actionnons pas suffisamment. Pour reprendre les propos de M. Padovani, les bailleurs sociaux sont dans un système de contraintes fort, c'est vrai, mais il y a tout de même des choses qui existent et que l'on peut activer. Il y a par exemple des conventions d'utilité sociale qui sont signées entre l'État et les bailleurs, dont l'un des indicateurs porte sur le nombre de personnes sortant de structure d'hébergement ou de structure

médico-sociale que les bailleurs auront été à même de reloger dans le parc ordinaire. C'est le premier levier.

On peut signer des accords collectifs départementaux qui, pour des publics spécifiques, et pourquoi pas ceux-là, permettent de cibler un effort par bailleur de quelques logements. Les petits ruisseaux faisant les grandes rivières, on arrive ainsi à faire du relogement de personnes qui ne trouveront pas leur solvabilité dans le système classique, le système national d'enregistrement de la demande.

Ces ménages qui sont chez Alternative 11, par exemple, en sous-location, en hébergement, etc., vont un jour devenir public prioritaire urgent Dalo. Pour éviter cela, il y a aussi beaucoup de choses qui ont été faites en amont pour faire ce que l'on appelle du « pré-Dalo », dans les Bouches-du-Rhône, mais qui fonctionne fort bien avec les réservataires. Or, parmi les réservataires, il y a notamment les collectivités, qui, avec la loi relative à l'égalité et à la citoyenneté, doivent remettre aux services de l'État 25 % de leur contingent au titre des Dalo ou pour éviter le recours au Dalo.

Dans les couches de réglementation successives, il y a donc de nombreux petits leviers dont finalement, on ne s'empare pas toujours. Il est vrai que c'est un peu un travail de spécialiste. Mais nous avons parlé ce matin des conférences intercommunales du logement. Une conférence intercommunale du logement est parfaitement à même de dire : « dans notre PLH, nous avons dit que nous ciblions des publics spécifiques. Comment faisons-nous pour cibler ces demandeurs dans notre programme de gestion de la demande parce qu'ils sont dans une situation de vulnérabilité qui demande que l'on ait des modalités d'accès au logement un peu différentes de la population générale ? »

C'était la petite note d'espoir. Et pour finir sur cette note, s'agissant des containers, il y en a beaucoup dans d'autres régions, notamment du logement social en container, et c'est loin d'être du logement indigne. Je vous invite à regarder sur Internet, tout bêtement. Je pense à l'Ille-et-Vilaine, parce que l'USH, dans ses congrès, nous fait systématiquement visiter des opérations phares. J'ai visité des logements en container et je vous assure que c'est plutôt sympa.

«● Pascale Estecahandy

Je vous remercie pour cette intervention parce qu'effectivement, je pense que c'est une coresponsabilité et que si nous n'avons pas les collectivités territoriales et les bailleurs publics, nous n'allons pas y arriver.

À Paris, il y a eu mise à disposition d'une partie du contingent par la ville de Paris. C'est vraiment une coresponsabilité. Il y a des pistes et il faut les creuser.

«• **Alexandra Fourcade**

Je vous propose que nous arrêtions là cette table ronde. Je remercie les intervenants parce que c'était extrêmement riche. Je pense que vous mesurez le degré d'expertise qu'il y a autour de ces questions, qui sont trop rarement partagées entre des acteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. Je pense que l'importance de l'enjeu que nous avons identifié en introduction relatif à l'information sur les leviers possibles, à la fois en termes de financement et en termes de solutions, a été démontré.

«• **Laurent El Ghozi**

Nous allons maintenant passer une nouvelle séquence du film, sans faire de pause, sinon tout le monde va s'en aller. Puis il y aura l'intervention conclusive d'Alain Ehrenberg.

«• **Séverine Mathieu**

Cette séquence fait écho à ce qui a été évoqué ce matin.

Projection d'extraits du film «Toit et moi».

«• **Laurent El Ghozi**

S'il n'y a pas de questions, je vous remercie pour ce témoignage. C'est une belle histoire et merci de la porter. Nous arrivons à la fin de notre première journée et nous accueillons avec plaisir Alain Ehrenberg, président du Conseil national de santé mentale, qui va nous faire part de ses réflexions sur tous ces sujets. Merci.

CONCLUSION

«• Alain Ehrenberg,

président du Conseil national de santé mentale

Bonsoir. Je ne vais pas conclure cette journée mais plutôt partager des réflexions pour lesquelles je me suis dit qu'il valait la peine de reprendre des éléments d'une note qui m'a été demandée pour la stratégie nationale de santé, qui doit être dévoilée, je crois, à la fin du mois de décembre et au début du mois de janvier. C'est la contribution du Conseil national de santé mentale. Cette note a été rédigée avec l'appui de quelques personnes qui, pour l'essentiel, sont d'ailleurs présentes ici : Halima Zeroug Vial, Marianne Auffret, Nicolas Henckès et Magali Coldefy.

Je vais vous dire quels sont les principes directeurs de l'action publique en matière de santé mentale et quelques mots sur l'esprit du rétablissement et la démocratie sanitaire.

Les principes directeurs de l'action publique sont la transversalité, le décloisonnement et la coopération. Pourquoi ces trois mots ? Le grand changement entre les années 1970, qui voient le développement du secteur psychiatrique, et aujourd'hui, c'est que les maladies mentales représentaient un enjeu médical pour la société et l'offre de soins en était le pivot. La santé mentale, elle, est un enjeu total pour nos sociétés, et cela pour deux raisons. La première est que les problèmes de santé mentale sont transversaux. Ils dépassent le domaine de la psychiatrie et de la psychologie clinique, bien qu'ils soient évidemment aussi inclus dedans. Sur le plan politique, ils vont aussi au-delà des politiques de santé. La deuxième raison est que la santé mentale elle-même, puisque la santé mentale a un sens négatif et un sens positif, la santé mentale au sens positif est une ressource pour mieux affronter les contingences de l'existence dans un type de société qui exige un fort contrôle émotionnel et pulsionnel pour s'accomplir dans la cité. C'est-à-dire qu'elle relève aussi d'un investissement social. La politique de santé mentale dans laquelle doit s'intégrer la psychiatrie s'inscrit dans un cadre coopératif qui est large et qui est symbolisé ou incarné par le projet territorial de santé mentale, parce que la spécificité de la santé mentale est qu'elle implique une articulation avec les domaines du social, de l'éducatif, du sanitaire, du logement, du judiciaire, de l'emploi. Cela traverse à peu près tout. Les handicaps associés aux troubles mentaux sont particulièrement multidimensionnels et exigent notamment une telle articulation, en particulier pour les personnes en situation de précarité et de pauvreté, qui cumulent un maximum de handicaps en ce domaine.

Aujourd'hui, je pense que tout le monde s'accorde pour dire que l'organisation de l'action doit être centrée sur le parcours individuel et les besoins des personnes. Cette organisation implique nécessairement un décloison-

nement dans l'action publique entre ministères et, en ce qui concerne le ministère de la Santé, entre les directions, et cela, jusqu'au terrain le plus local, ainsi qu'une collaboration entre toutes les parties prenantes et particulièrement, les usagers patients et leurs familles, qui doivent être associés à toutes les phases d'élaboration et de décision, de mise en place mais aussi d'évaluation.

On peut dire que si des progrès sont évidemment constatés depuis un certain nombre d'années, le système a beaucoup bougé. Le problème, aujourd'hui, je pense, serait d'accélérer le passage d'un système d'actions qui prend en charge, accompagne, traite, soigne, peu important les mots, selon des critères de statut – sanitaire, médico-social, social –, à un système entièrement centré sur le parcours individuel. Et bien entendu, ce n'est pas évident, ce n'est pas facile : il y a de très nombreux obstacles.

Pour évoquer l'esprit du rétablissement, avec la généralisation des prises en charge des troubles psychiatriques lourds en ambulatoire et la généralisation de l'idée que les personnes atteintes doivent pouvoir vivre dans la cité, on a assisté à une inflexion globale des idées et des valeurs en matière de prise en charge, de traitement, d'accompagnement. Ce changement dans l'esprit du soin est devenu éclatant avec la montée en puissance des approches capacitaires, c'est-à-dire des approches qui sont centrées sur les capacités relatives des personnes plutôt que seulement sur leur déficit. On le sait : le but central est de permettre aux personnes atteintes de maladie mentale de développer leurs capacités le plus largement possible, condition indispensable pour pouvoir vivre dans la cité. Dans ces prises en charge, le mot « social » est tout à fait central, dans la mesure où justement, le fonctionnement social est devenu une question décisive dans les prises en charge et les accompagnements. L'idée directrice de ces accompagnements est de faciliter autant que possible la capacité de l'individu à vivre en société, malgré les contraintes de la pathologie. Les problématiques du rétablissement, qui ont, en gros, amorcé leur ascension à partir de la fin des années 1990 et surtout, au début des années 2000, se sont développées. Elles sont amenées à se développer encore plus, et le décret d'application de l'article 69 de la loi de modernisation du système de santé, donc l'article qui crée le projet territorial de santé mentale, ce décret, paru en juillet 2017 et rédigé par un groupe de travail du CNSM, institué, on peut le dire, le rétablissement et la réhabilitation, c'est-à-dire les problématiques capacitaires dans la prise en charge, parce que c'est la seule manière de promouvoir, au-delà de la stabilisation des symptômes, la capacité de mener une vie plus choisie et d'apporter sa propre contribution à la société. Là aussi, le rétablissement met fortement en cause les divisions entre sanitaire, médico-social et social, parce qu'il fait appel de manière concomitante à des stratégies sociales, de soin, etc. Il a aussi des conséquences sur les professions dont les formations

doivent être aujourd'hui systématiquement conçues pour réduire les cloisonnements.

Les conseils locaux de santé mentale, en tant qu'ils sont des plateformes de concertation et de coordination qui impliquent élus et acteurs, sont évidemment un outil majeur pour agir de façon coordonnée et collaborative. C'est un modèle de gouvernance partagée en santé mentale. Ils doivent constituer la cheville ouvrière pour agir de cette manière, c'est-à-dire de façon coordonnée et décloisonnée, dans une logique territoriale qui permette de tenir compte de l'ensemble des dimensions de la vie quotidienne. Dans ce contexte, la précarité désigne peut-être moins un public spécifique avec des besoins spécifiques que des moments et des lieux où les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont plus vulnérables et où les personnes en situation de précarité sont plus exposées elles-mêmes à ces troubles psychiatriques. Ces populations sont elles-mêmes particulièrement vulnérables à la segmentation des politiques publiques parce qu'elles cumulent l'ensemble des problèmes : sociaux, administratifs et de santé. La priorité est de soutenir les problèmes du social et du sanitaire pour renforcer les coopérations et là aussi, dans les formations initiales et continues, c'est tout à fait fondamental.

Pour terminer, je vous livre quelques mots sur la démocratie sanitaire et le pouvoir d'agir des patients usagers. Cela doit être abordé dans une perspective globale, à l'instar de ce qui se passe dans un certain nombre de pays étrangers. Nous espérons que la stratégie nationale de santé impliquera pleinement les usagers patients, donc les personnes directement affectées par le trouble psychique, dans toutes les décisions les concernant à tous les niveaux, que ce soit au niveau national, régional, local, mais aussi dans l'organisation et le fonctionnement des services et dans leur évaluation. En effet, la prise en compte de la parole des usagers constitue un levier de changement considérable des pratiques. Cela permet aussi d'augmenter les compétences des professionnels et de mettre en place un système de santé mentale réellement adapté aux besoins des usagers. L'intégration des usagers dans la formation des professionnels, dans les équipes de soin et d'accompagnement, dans la recherche sur les services en santé mentale – c'est encore embryonnaire en France et cela doit être développé –, la prise en compte du pouvoir d'agir et de décider dans les soins et les accompagnements sont une condition indispensable à la prise en charge et à un cheminement vers un rétablissement dans le cadre, comme on le dit, d'un parcours de santé et de vie choisi.

Je vous remercie.

Applaudissements

«• **Laurent El Ghozi**

Merci, Alain Ehrenberg. Nous allons nous arrêter là, sauf si quelqu'un souhaite poser une question particulière au président du Conseil national de santé mentale dans le cadre de la stratégie nationale de santé à venir. S'il n'y a pas de questions, je vous souhaite une bonne fin de journée. Merci à tous les intervenants et à Alain Ehrenberg.

«• **Agnès Bensussan**

Pour ceux qui le souhaitent, nous nous retrouvons à l'hôtel de ville à 19 heures.

**MERCREDI
13
DÉCEM
-BRE**

TRANSITION

«• Laurent El Ghozi

Bonjour. J'espère que vous avez passé une bonne nuit. Pour commencer la matinée, sans attendre je passe la parole à la vice-présidente de l'association «Élus, santé publique & territoires», Marianne Auffret, maire adjointe du 14^e arrondissement de Paris, chargée de la santé et de l'urbanisme.

«• Marianne Auffret,

adjointe au maire de Paris 14^e, déléguée à l'urbanisme et à la santé, vice-présidente d'ESPT

Merci beaucoup, Monsieur le Président. Je suis très honorée de ce passage de témoin. Je ne vous vois pas très bien, je n'ai pas mes lunettes. Cela tombe bien : je ne sais pas qui est dans la salle.

Ce moment de transition – nous avons choisi « transition » après bien des hésitations – entre ces deux journées d'études est aussi un moment d'explication, une commentaire de méthode. C'est un peu rude, la méthode, le matin, mais vous allez voir, cela devrait passer.

Quelques mots pour vous dire comment nous avons conçu ces journées, ce que nous en attendions, ce qui a eu lieu hier, ce qui n'a pas eu lieu hier, ce qui aura peut-être lieu et ce qui, peut-être, n'aura jamais lieu, car je ne sais pas si vous l'avez remarqué, mais on ne peut pas tout avoir. On ne peut pas tout avoir et pourtant, c'était un peu l'idée. En cette période de Noël, si on ne peut pas tout avoir, en tout cas, au minimum, on peut tout vouloir. Le monde est clos mais le désir, infini, et pour le coup, je me demande s'il n'y a pas quelque chose qui a à voir avec cela dans la façon dont nous avons conçu cette réflexion. Ce sera aussi une matinée Bachelard. Bachelard nous dit : « il faut que la volonté imagine trop pour réaliser assez ». Alors, nous ? Nous, les différentes sortes de « nous »... Ce n'est pas un trip narcissique. C'est juste que je pense qu'il y a un intérêt presque scientifique à décortiquer les « nous », toutes les sortes de « nous » présents ici, notre organisation, les gens du comité de pilotage, notre « copil », qui était composé de l'association « Élus, santé publique & territoires », du CLSM de Marseille, le Cosm, l'Orspere – Samdarra – vous avez vu Halima hier –, le CCOMS de Lille, et je profite de cet instant pour remercier toutes ces femmes de talent, qui n'étaient pas seulement des chevilles ouvrières, mon cher président, Laurent El Ghozi : nous étions capitaines, et tu as donné à cette occasion toute la dimension de ta féminité féconde, car je rappelle quand même que 85 % de la salle est composée de femmes

et que nous pouvons nous permettre d'être un peu capitaines, parfois, mesdames...

Applaudissements

Notre comité prépare ces journées depuis plusieurs mois, dans un dialogue Nord – Sud passionné, Paris – Marseille, dans ce dialogue en forme de points de suspension qui caractérise les gens qui cherchent, certes humblement, mais avec beaucoup d'entêtement.

Nous avons cette idée qu'un colloque, qu'une journée d'études qui se donnait pour projet d'interroger un couple notionnel, une relation qui se fait plus ou moins bien, ici « santé mentale et habitat », ne pouvait manquer, à travers sa mise en scène, d'évoquer en miroir ce qu'il venait questionner : nous ici réunis à Marseille (merci Marseille!), comme une expérience in vivo au célèbre laboratoire de l'Alcazar. Si nous, gens du logement, gens de la psychiatrie, gens des associations, familles, élus et électeurs, malades, guéris, tangents, remis, tutelles, financiers, sachants, manants, intellectuels et praticiens, si nous pouvons nous parler *suffisamment bien*, alors peut-être qu'un espoir est permis.

Alors vous allez me dire que les colloques sont toujours conçus ainsi : on mélange un peu de tout, on touille, on attend que cela prenne, on invoque un peu la chance, on touche du bois, on goûte du bout des lèvres et si la fameuse « diversité des approches et des regards » prend, on a une petite tambouille qui nous permet de passer l'hiver, d'aller jusqu'au prochain colloque du CNRPGDTHJJPL, vous savez, tous ces colloques où nous allons les uns et les autres, sur la coordination coordonnée, la transversalité transverse, sans faire de politique politicienne, bien entendu. Ce n'est pas très grave. Je dis cela, c'est un peu sarcastique, mais ce n'est pas très grave. Et Ce n'est déjà pas mal.

Mais là, peut-être, l'idée, c'est que nous soyons conscients que nous sommes les sujets de l'expérimentation. Ici, dans la salle, nos lenteurs et nos hésitations, nos impatiences, nos incompréhensions, nos roupillons de 14 heures – j'en ai vu, ne mentez pas –, nos révoltes non dites, nos commentaires chuchotés (« roh je ne peux pas la supporter, celle-là »), nos difficultés à définir les contours de notre sujet, notre difficulté à tenir le temps imparti, à nous concentrer, à être précis, à être doux. Ici, nos difficultés à articuler la science et la chaire, la conviction et la précision... Nous sommes : *la santé mentale*.

Regardons-nous, ici réunis sous les lampes du laboratoire de l'Alcazar. Tout le temps, je ne sais pas si vous l'avez remarqué, on reprend les mêmes débats : la « santé mentale » contre la psychiatrie, le logement d'abord contre le soin avant tout, l'« autonomie » contre l'« aide », le « sanitaire contre le médico-social », la médecine contre le social, la pratique contre la théorie, le corps contre l'esprit, l'ordre public contre les troubles, nous découvrant, à travers ces mêmes débats, chaque fois des sommes d'inimitiés, sans jamais parvenir à conduire la dispute, nous assoupissant dans l'ennui brutal de l'accumulation de réponses à des questions pas toujours formulées. Souvent en 154 diapos couleurs, sur power point écran géant, ce que, reconnaissez-le, nous vous avons épargné ici.

Et chacun de nous s'improvisant penseur ou stratège. Et chacun, portant haut son invention, son bon mot, sa sincérité en bandoulière : « moi, ce que j'en pense et ce que j'en dis ». Et encore, beaucoup d'entre nous, dans ce genre de colloque, avancent avec un « nous » : « nous, l'ARS », « nous, les élus », « nous, les psychiatres », « nous, les familles », « nous, les malades ».

Mais regardons-nous... Je ne dis pas du tout ça pour que nous soyons tristes, vous êtes très beaux, dans cet amphithéâtre, vu de la scène. Regardons-nous, c'est peut-être intéressant. Nous contenons les indices des raisons de nos dysfonctionnements, il suffirait de les lire, de nous lire. De caractériser ce qui nous divise ou nous ralentit, de nous mettre en cause sans nous accuser. « La manière dont on imagine est souvent plus instructive que ce que l'on imagine » nous dit Bachelard.

Il n'y aura de salut que dans la dispute, la confrontation honnête. La disputation, au Moyen Âge, consistait en une discussion organisée selon un schéma dialectique sous la forme d'un débat oral entre plusieurs interlocuteurs, en généra devant un auditoire et parfois en public. Cette méthode ne dépendait pas du tout des disciplines engagées et avait un rôle central dans la recherche universitaire.

Mais pour qu'il y ait une confrontation des enjeux, des idées, des conceptions, il faut que nous nous croisions. Pas seulement que nous nous côtoyions, pas seulement que nous soyons assis l'un à côté de l'autre. C'est un premier pas, n'est-ce pas, ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit ! Que nos corps de militants de nos diverses causes dans l'espace se côtoient, c'est déjà bien. Je parlais hier avec quelques-uns des intervenants de tout à l'heure de la façon dont un CLSM, notre précieux outil, pouvait, malgré toute notre bonne volonté, révéler les mêmes clivages autour d'une table que dehors. On peut être côte à côte et ne pas avoir envie de danser un slow.

Il va falloir se croiser souvent et longtemps. On va voir, mais c'est peut-être le début. Hier, nous avons parlé de l'histoire du secteur, l'histoire du médico-social et il nous a paru que cela avait commencé il y a si longtemps, et puis en fait non pas vraiment. 1975, c'est encore tout jeune. Et je ne dis pas du tout cela parce que c'est mon année de naissance. Se pencher sur l'histoire, ce n'est pas piétiner, ou se déprimer, c'est comprendre d'où l'on vient. Se passionner de géographie internationale, comme il a été suggéré qu'on le fasse, est tout à fait louable et nécessaire, mais rien ne dispense jamais de se pencher sur les causes.

Je digresse. J'en étais à la méthode que notre comité de pilotage avait choisie. Notre organisation s'est concentrée sur la forme. Nous nous sommes réunis souvent. Depuis le printemps. Nous avons donné le ton, donné le *la*, chaque fois qu'il nous a été permis. Le ton. Écouter le bruit de fond. Écouter le bruit du problème quand il devient une question. Écouter le bruit que faisaient nos questions lorsqu'elles devenaient minimales. Le bruit que fait la question quand elle devient cristalline comme une question d'enfant.

«Mais en fait, sommes-nous tous d'accord pour flécher du logement vers un public spécifique? Mais du coup, pour les autres, comment fait-on? Les autres publics prioritaires? Au nom de quoi du coup?»

«Au nom de pourquoi pas eux, un jour, après tout!»

«Mais en fait, avant de flécher, il faudrait peut-être qu'il y ait du logement partout! Pourquoi y a-t-il des villes où il y a du logement accessible et d'autres non?»

«Mais comment se fait-il que le secteur ne fasse plus de visites à domicile? Est-ce si sûr, finalement? Ils en faisaient avant? Mais pourquoi est-ce qu'ils auraient arrêté?»

«Ils ne peuvent plus!»

«Mais pourquoi? Mais, on est sûrs de ça? Mais il y a plus de monde, forcément, dans les CMP. Mais pourquoi y a-t-il plus de monde? Les gens souffrent plus? Mais de quoi?»

La question cristalline des enfants, vous savez... Pour en arriver là, il en a fallu du temps.

Parfois, j'ai l'impression que nous avons juste changé de sens: nous avons quitté les plaisirs de la vue pour gagner le refuge plus archaïque de l'ouïe. Laissé un instant tous les projets d'Observatoires multiples pour tendre l'oreille, écouter les maux au stéthoscope ou juste avec un petit

gobelet, comme ça, comme font les enfants. Mais qu'entends-je? Nous n'avons pas vraiment d'idée précise sur les contours de nos sujets?! Vous voulez-dire, finalement, que lorsque l'on dit que l'on aurait besoin de logement accompagné ou d'accompagnement dans le logement, en fait, on ne sait même pas bien ce qui existe déjà et ce que l'on entend par là? Enfin qu'on sait, mais que hum... c'est compliqué. Parce que dans notre folie créatrice, qui a été un peu décrite hier, dans cette espèce de profusion de l'innovation, nous avons certes été créatifs mais moyennement ordonnés.

Alors, qu'entends-je, avec mon petit gobelet? Que ce n'est pas si clair ce que l'on entend par le fameux «panier de services»: logement accompagné, logement inclusif, logement d'abord, logement semi-collectif, logement adapté, logement pour tous, habitat partagé, habitat regroupé, appartements associatifs, appartements thérapeutiques, appartements de coordination thérapeutique?

Mais dès lors, que va-t-on regarder, pour le panier? Que met-on dedans? Ce qui se déplace vers le domicile ou ce qui accueille et qui attend que quelque chose se déplace? Que regarde-t-on? Les VAD de secteur, les équipes mobiles, les SAVS, les SAMSAH, les EMPP, les MAS, les FAM, les ACT, les résidences accueil, les résidences sociales? Que regarde-t-on? Ce qui accueille spécifiquement ou ce qui accueille *de fait* les gens en souffrance? Parce que si l'on regarde, si l'on compte, si l'on tient compte des lieux qui accueillent de fait des personnes en souffrance psychique, il va y avoir les lieux «handicap», mais aussi les lieux «précarité» ou même «mixtes»: les CHRS, les résidences sociales, les résidences accueil... Et tous les «lieux innovant» que l'on n'a même pas répertoriés! Et puis ils changent de nom d'une région à l'autre!

Alors, sommes-nous ces joueurs d'échecs inlassables du film *Toit et moi*, scandant chaque nouvelle partie d'un commun «il faut recommencer, c'est pour s'améliorer, il faut recommencer, c'est pour s'améliorer». Sans doute pour s'améliorer, il faut recommencer. Mais il faut aussi peut-être modifier la tactique, affûter la technique, décaler le propos. Certes il s'agira toujours de mettre le roi en échec, le pendre haut et court, faire la révolution. Mais comment s'y prendre?

Il a fallu hier, il va falloir aujourd'hui à nouveau croiser le fer et croiser le regard, sans loucher. Et si ce n'est pas un peu douloureux, mesdames, messieurs, c'est que nous ne sommes pas franchement au travail, comme disent les coaches sportifs. Allez, allez, les camarades, on y va!

Merci.

Applaudissements

☞ Laurent El Ghozi

Merci, Marianne, de nous obliger à nous poser la question de la question, la question des causes, et à aller jusqu'au bout, jusqu'au son cristallin ultime. Peut-être y arriverons-nous un petit peu aujourd'hui, à essayer d'écouter plutôt que de voir, à entendre plutôt qu'à observer. ..., bref, toutes ces questions qui, finalement, nous font peut-être progresser, nous permettent de nous croiser plutôt que d'être assis côte à côte. En tout cas, nous allons essayer.

Nous allons faire un intermède qui va nous permettre de digérer et d'entendre le fond du propos de Marianne en même temps que nous regarderons un extrait du film d'hier, « où êtes-vous, où êtes-vous ? »

Peut-être pouvons-nous le représenter, en deux mots, puisque des gens nouveaux sont arrivés depuis hier, qui viennent essayer de se croiser avec nous aujourd'hui et donc, commencer par entendre ce que les usagers de la psychiatrie ont à dire à travers votre film.

Merci, en tout cas, merci, Marianne. Et je ne suis pas capitaine.

☞ Séverine Mathieu

Je ne vais pas ré-introduire tout le film, mais seulement la séquence que vous allez voir. C'est une petite séquence, qui va vous présenter Jocelyne, qui était là hier matin avec nous, et qui lisait son texte. Cette petite scène, nous avons essayé de faire qu'elle soit sur le thème de « l'aller vers », mais nous l'avons pris de manière très contrapuntique. Si « l'aller vers » des soignants vers les patients a pour mission de rompre la solitude, de faire du bien ou de provoquer la balance de l'altérité à travers la VAD, Jocelyne a d'autres manières pour se faire du bien, aller vers l'altérité et rompre sa solitude. Je vais la laisser vous montrer comment.

Mais puisque j'ai le micro, cela me permet de vous dire qu'il y aura une autre petite scène pour ouvrir l'après-midi, et j'en profite pour réparer un oubli. Hier, j'ai oublié de dire combien la Ville, à travers la santé et la culture, soutenait le projet.

Bonne matinée.

Projection d'un extrait du film «Toit et moi».

« ALLER VERS » : QUI ? COMMENT ? POURQUOI ?

Animation : Riva Gherchanoc, adjointe au maire de Montreuil déléguée à la santé, à l'égalité femme/homme, à la lutte contre les violences faites aux femmes et à la lutte contre les discriminations, administratrice d'ESPT

« Riva Gherchanoc

Bonjour à toutes et à tous. Je suis adjointe à la santé, à l'égalité femme/homme et à la lutte contre les violences faites aux femmes à Montreuil, en Seine-Saint-Denis. J'ai le plaisir d'animer le débat de ce matin. J'invite les intervenants et intervenantes à me rejoindre et à se positionner bien comme il faut pour qu'ils soient à leur aise pour mieux dialoguer.

Avant de vous présenter, je vais d'abord faire un petit exercice avec la salle pour vous réveiller un peu, parce que pour mieux s'adresser à vous, je trouve qu'il est bon de savoir à qui l'on s'adresse. Nous n'allons pas faire un tour de présentation chacune et chacune. J'en vois qui se disent : « oh, je n'avais pas prévu de parler ! » Non, rassurez-vous ! C'est simplement qu'il y a des personnes comme moi, parfois, qui ai pris mes fonctions et qui ai été élue il y a trois ans, et qui n'avais rien à voir avec le milieu de la santé. Par conséquent, imaginez-vous l'exercice, la sensibilisation, la formation qu'il m'a fallu et que je fais encore pour me former aux questions de santé, et pire encore, de santé mentale. Marianne Auffret a déjà bien questionné ce matin.

Les femmes, levez-la main. Les messieurs... Qui est professionnel de santé ? Qui est psychiatre ? Ils sont minoritaires. Qui est infirmier ou infirmière ? Qui travaille dans le public ? Dans le privé ? Qui est médecin libéral ? Qui travaille en centre de santé ? En association ? Qui est usager ? Qui est patient ? Qui est « GEMeur » ? Il n'y en a pas ? Qui est élu ? Les familles ? Les bailleurs sociaux ? Nos services déconcentrés préférés : l'ARS ? C'est bien. Vous l'avez repérée, Madame est là. Merci. La DRIHL ? Pas de DRIHL. *Mea culpa* si j'ai oublié certaines professions de quelconques secteurs. Vous pourrez compléter. Le logement, les bailleurs, tout à fait. J'avais inclus les collectivités locales dans le public mais vous avez raison : c'est une spécificité. Merci de votre participation. C'était intéressant, me dit-on. Merci.

Avant que les intervenants ne se présentent, je vais vous présenter le thème de la matinée : « aller vers » : qui ? Comment ? Pourquoi ? Je suis un peu comme Marianne : j'aime bien réinterroger les questions posées. La semaine dernière, peut-être comme vous, je suis allée voir le film *12 jours*. On peut penser ce que l'on veut de ce film, mais je trouve qu'il met en

évidence la question de «l'aller vers» parce qu'effectivement, si l'on va quelque part, il faut partir de quelque part. Cela veut dire que nous ne parlons pas de questions d'asile comme autrefois, d'hôpital, de l'enfermement, de prison, tous ces lieux d'exclusion et situés un peu en dehors du centre-ville. Nous parlons bien de la question de la santé mentale, qui est quelque chose d'encore invisible, de peu palpable et dès lors, de quelque chose de caché, d'encore un peu secret. Finalement, la question de la santé mentale, que ce soit en matière d'habitat ou d'autres thèmes en rapport, cette chose publique vient quand le trouble perturbe notre société, que ce soit dans le cadre de la famille, du travail, du voisinage. Ce trouble mental est donc encore synonyme d'exclusion sociale, aujourd'hui. Cela signifie que si l'on parle de «l'aller vers», nous essayons tous, ou chacun en tout cas, de faire en sorte d'inclure, de mieux inclure, de lutter contre la stigmatisation, contre l'exclusion, contre le sentiment d'exclusion. Par conséquent, la question de ce matin, *aller vers*, porte sur la façon dont chacun et chacune travaille sur l'inclusion de la personne qui ne va pas bien, que l'on dit communément «en souffrance psychique» et donc sur la manière dont par cette inclusion, nous faisons en sorte de la maintenir dans la vie de la cité, avec nous, parmi nous et avec elle. Dans «l'aller vers», comment les intervenants travaillent en réseau, avec la personne, pour la personne ou autour de la personne?

S'agissant du «qui, comment, pourquoi?», moi, je ne l'aurais pas dit ainsi, parce que si l'on revient sur «l'aller vers», il y a la question du lieu avant tout. Or il n'y a pas la question «où?». Quand on parle d'habitat, on pense tout de suite logement, appartement, mais le «où», quand c'est la vie dans la cité, cela peut aussi être la rue. Je ne sais pas si cela sera abordé ce matin.

Le «qui?» questionne: cela peut être l'intéressé lui-même, la personne qui ne va pas bien, que l'on peut définir selon son âge – l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, l'âge de la personne vieillissante – ou selon son statut, SDF ou autre, une situation sociale précaire, mais en tout cas, une personne qui a des droits. C'est donc une personne à part entière, une personne qui souffre, mais une personne en tant que citoyenne, qui doit être informée, qui doit participer aux décisions qui la concernent. Dans le «qui?», il y a aussi «avec qui?», autant les professionnels de tous les secteurs que les institutions, les politiques, la population ou le citoyen, qu'il soit usager ou patient, selon les moments de sa vie, mais qui reste tout le temps citoyen, donc avec ses droits et devoirs, qui sont inaliénables.

Dans le «qui, pourquoi, comment?», il faut d'abord se poser la question du «pourquoi?», pour savoir comment l'on fait les choses. En effet,

après tout, dans la question du «qui?», il y a «on va vers qui pour qui?»: pour celui qui ne va pas bien? ou pour continuer à essayer de ne pas trop perturber la société, le voisin, la famille, toutes ces choses qui sont encore un peu taboues? Et ceci, dans un contexte politique – je suis adjointe, donc je fais un peu de politique – qui, sans vous dévoiler ma couleur, n'est pas très favorable. Comment, au fur et à mesure, tout le monde fait-il avec les dispositifs qui existent quand on connaît le problème de démographie médicale, quand c'est la casse du logement social? Comment peut-on essayer de maintenir tous ces dispositifs avec aujourd'hui la baisse des dotations aux collectivités locales, même si ce n'est pas qu'une question de moyens budgétaires – cela a quand même son importance. On ne peut pas dire que l'on facilite la vie des collectivités, surtout quand elles veulent développer des projets, notamment autour de la question de l'habitat. Mais je ne serai pas plus longue.

Ce matin, nous avons parmi nous Laure Zeltner, psychiatre, présidente de l'Association francophone des équipes mobiles, qui va nous présenter: «*pourquoi une association francophone des équipes mobiles en psychiatrie?*». Nous avons également Sylvie Emsellem, chargée de mission sur les problématiques et le partenariat à l'Unaf, qui nous parlera de la mobilité dans le logement accompagné. Nous avons également M. Bruno Voyer, administrateur d'Espérance Hauts-de-Seine – Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, qui nous parlera du regard sur l'engagement de familles et aidants familiaux. Enfin, nous avons Anne Quintin, sociologue, chef de service de l'équipe mobile Aurore qui nous présentera les enjeux de la visite à domicile.

Deux règles: quinze minutes pour chacun et chacune, pas plus. J'essaierai d'être stricte. Deuxième règle: pas de sigle s'il vous plaît, même s'il s'agit du CLSM que tout le monde connaît. Je trouve à la fois que les sigles nous font perdre le sens de ce que nous disons et, pour les personnes encore peu aguerries comme moi, c'est le parcours du combattant pour vous comprendre. Par conséquent, si vous voulez être compris et si nous voulons mieux dialoguer avec vous, je vous remerciais de parler en langue française à part entière. Mais vous pourrez tout dire et l'essentiel est aussi de mieux compléter vos interventions et de mettre vos propos en relief avec l'échange de la salle, car finalement, c'est essentiellement dans le débat et les échanges que l'on réfléchit mieux collectivement. Il est important de se questionner, mais si l'on se questionne, c'est pour pouvoir mieux faire lorsque nous serons sortis de cette journée pour de prochains débats, une prochaine conférence.

Je passe tout de suite la parole à Laure Zeltner.

POURQUOI UNE ASSOCIATION FRANCOPHONE DES ÉQUIPES MOBILES EN PSYCHIATRIE ?

☞ **Laure Zeltner,**

psychiatre, présidente de l'Association francophone des équipes mobiles en psychiatrie (AEMP)

Merci de m'avoir conviée. Je suis ravie de voir cette salle plurielle, composée de personnes issues d'univers différents, tous citoyens et tous prêts à travailler pour qu'il y ait le plus de possibles possible, probablement, pour ceux qui souffrent psychologiquement au quotidien.

Je travaille au sein de l'équipe Éric, Équipe rapide d'intervention et de crise. C'est une équipe mobile de crise, dans le sud des Yvelines. J'ai aussi travaillé dans les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP). Dans ces deux lieux de travail, on pourrait dire que j'ai été praticienne en mobilité. Dans les CUMP, par exemple, j'ai été postée à la mairie du 10^e arrondissement, et nous avons fait un travail extrêmement riche de construction d'un réseau de résilience possible pour les personnes potentiellement traumatisées par les attentats terroristes. Cette pluralité est fondamentale dans ces contextes-là. La mairie lieu citoyen accueille non pas une victime, ni un patient mais plutôt une personne en quête de soutien. Je suis présidente de l'AEMP depuis deux ans et, petite page de pub, l'association va faire un congrès à Marseille, les 28 et 29 juin.

En préambule, j'aimerais vous raconter un souvenir de jeune interne. Je parle d'un souvenir d'il y a 25 ans, dans les urgences psychiatriques de Saint-Denis, à l'hôpital Delafontaine. Les urgences des hôpitaux généraux sont un observatoire particulièrement intéressant de la société. Que se passe-t-il ? Mme Sans domicile fixe (la SDF) hurle à cor et à cri dans les urgences. Elle est nue. Je suis appelée pour accomplir un geste technique extrêmement précis, celui de contenir l'état d'agitation. La situation à ce stade là, étant donné le niveau de tension de chacun (y compris le mien), laisse une seule option celle de la contention, puis de la mise en œuvre d'une hospitalisation. Cette Mme Sans domicile fixe, que je vais apprendre à connaître un peu dans l'après, Louise, avait été amenée par les pompiers, je ne sais ni comment ni pourquoi. Mais il est toujours intéressant de savoir comment les personnes arrivent jusqu'à nous. Déambulant dans les rues, cette femme arrosait soigneusement

chaque conduit d'eau de sel pour purifier l'humanité. Elle avait avec elle plusieurs d'enfants imaginaires qui participaient au dialogue. On pourrait dire qu'elle était elle-même plurielle. Elle s'entourait de plusieurs couches de vêtements, en superposition : une forme de protection bien à elle. On pourrait dire des oripeaux. Lorsqu'elle est arrivée aux urgences somatiques, des personnes bienveillantes ont cherché à la laver. Elle était plus propre quand je l'ai rencontrée. Et comme ses vêtements étaient sales, ils les ont jetés. Cette perte insupportable a été pour elle l'origine de l'état d'agitation. Je vous parle d'il y a 25 ans. Bien sûr, ce genre de choses n'arrive plus. Ce mode d'accès au soin, puisqu'elle est arrivée jusqu'à l'hôpital psychiatrique, ce fameux asile bienveillant, était probablement l'énigmatique épisode similaire dans sa vie, pour elle. Était-il promoteur d'alliance ? Ma gageure, c'est d'imaginer que non.

Quel lien, me direz-vous, avec les équipes mobiles en psychiatrie ?

On pourrait imaginer que dans notre modernité, le Samu social, les équipes mobiles en psychiatrie et précarité, qui font un travail remarquable, les équipes telles *Housing first*, ont développé un savoir-faire auprès des personnes en situation de précarité, dans une main tendue, une attention précise à ne pas aller trop vite, trop fréquemment, trop bien, trop loin dans le soin, et à proposer une solution adaptée, sur mesure, parfois simplement en maintenant le lien juste ce qu'il faut.

Je vais quand même essayer de répondre à cette question : pourquoi une association des équipes mobiles en psychiatrie ? Notre territoire national fait l'envie de tous les pays à l'international parce qu'il est pourvu d'un maillage de lieux de soins gratuits, accessibles à la communauté. Mais il existe une population, on pourrait dire un groupe hétérogène qui n'accède pas aux soins ambulatoires à partir des dispositifs fixes existants ou rompt fréquemment avec les soins. On pourrait les appeler délicatement les « non-demandeurs ». C'est une drôle de manière de les qualifier, mais pourquoi pas ? Ces non-demandeurs, qui sont-ils ? Ils sont non-demandeurs de soins du fait de leur âge, pathologie, comorbidité, isolement, handicap, crainte de la discrimination. Je pense que nous sommes encore dans un moment où cette question est juste fondamentale : la crainte de la discrimination pour eux et pour leur famille. Ces non-demandeurs sont des non-demandeurs inauguraux ou non-demandeurs en rupture de suivi. Ils prennent parfois contact avec la pédopsychiatrie ou la psychiatrie, après un parcours ponctué de passages à l'acte, ce qui est un bon moyen d'arriver en psychiatrie ou en prison, de ruptures et d'échec, avec une souffrance importante, une perte de chances sûrement pour leur rétablissement. Ces non-demandeurs sont pourtant ceux qui nécessiteraient

le plus de recours aux soins. Pour accéder à eux, il est nécessaire d'aller vers eux, avec tout ce que cela suppose de déplacements physiques, de disponibilité, parce que pour se déplacer, il faut du temps et ne pas avoir une file active déraisonnable, une position d'ouverture, parce s'il faut aller vers, encore faut-il être accueilli par l'autre.

Je dirai que cet « aller vers » caractérise le travail des équipes mobiles en psychiatrie. Elles existent en France et à l'étranger, elles portent de multiples noms : *assessment community team*, *flexible assessment community team*, *mobile crisis service*... Il y a plusieurs manières de les nommer. Cela fait partie du problème. Les pouvoirs publics français ont reconnu l'intérêt des équipes mobiles, en 2005, par la circulaire qui qualifie les équipes mobiles en psychiatrie et précarité, en 2007, pour les équipes mobiles du sujet âgé, qui fleurissent à l'heure actuelle, et c'est une très bonne chose. Ces dispositifs, souvent arrimés à ceux de soins courants, restent isolés, malgré tout, économiquement précaires, parce qu'il n'y a pas d'enveloppe dédiée – ce sont chaque fois des concertations locales –, comme s'ils devaient continuer à justifier encore et toujours leur existence. Pourtant, la conférence d'Helsinki de 2005 recommande la création, en Europe, d'équipes multidisciplinaires, et cette multidisciplinarité est fondamentale. Équipe d'urgence et de crise ou de soins au long cours pour compléter et renforcer les dispositifs existants. Il existe une association européenne qui propose des congrès annuels, le EAOF pour *European Assertive Outreach Foundation*, et réunit les pratiques en mobilité des différents pays européens. Ces expériences sont nombreuses et soutenues par les pouvoirs publics en Europe du nord. Depuis 2010, la Belgique expérimente une politique de santé mentale qui a modifié leur manière de travailler en psychiatre, entre autres, par la création, sur son territoire, d'équipes de crise et de soins au long cours dans la communauté. Le choix a été de transférer des fonds consacrés aux lits hospitaliers vers ces équipes mobiles, et de nommer un coordonnateur dans chaque secteur géographique, l'équivalent de nos secteurs, peut-être, pour accompagner ce changement. Ces coordinateurs ont fort à faire !

Les pratiques se multiplient, les modèles se diversifient, peu du côté de l'urgence et de la crise, et pourtant, les associations de familles ne cessent de dire combien c'est un recours nécessaire pour eux, mais davantage du côté du soin au long cours dans la communauté. Il y a à l'heure actuelle beaucoup d'équipes mobiles qui se créent, dédiées à des populations spécifiques, puisqu'en France, on adore compartimenter : celles dédiées aux adolescents, à la précarité, aux autistes, aux troubles addictifs, à la périnatalité, moment qui nécessite un travail en coordination extrêmement précis... Ces équipes sont très intéressantes pour construire des réseaux autour d'une problématique donnée.

L'association souhaite promouvoir le développement de ces équipes et leur identification. Chaque système politique, chaque politique de santé, chaque organisation sociale, chaque partition en secteurs et territoires comporte ses avantages et ses difficultés, ses évidences de travail – pour certains, travailler en réseau est évident, pour d'autres, non. Peut-être l'association pourrait-elle construire un jour un guide de bonnes pratiques en mobilité. Cela fait également partie des objectifs possibles.

Je voulais vous parler d'Arlette, mais il ne me reste que cinq minutes. Je vous en parle un tout petit peu, parce que j'aurais du mal à ne pas vous en parler. C'est une personne que je vois actuellement. En tant qu'Éric, nous avons été interpellés par une responsable de CCAS pour une femme qui vivait dans sa voiture, devant sa maison, maison pavillonnaire dans un lieu pavillonnaire : une SDF, entre parenthèses, dans sa voiture, propriétaire d'un magnifique pavillon. Cela fait désordre, n'est-ce pas ? Ils souhaitaient qu'on la rencontre à chaud, parce qu'il fallait la mettre quelque part. Nous avons donc travaillé avec l'adjointe au maire, la responsable du CCAS, le secteur, par l'intermédiaire d'une infirmière de CMP, qui sont venues avec nous pour taper à la fenêtre de sa voiture. C'était en novembre. En fait, c'était acceptable, supportable en juillet et en août, mais en novembre, cela devenait insupportable, parce qu'il faisait trop froid : elle allait mourir dans sa voiture. Nous voilà donc à frapper à la fenêtre, à « aller vers », tenter de discuter avec elle et petit à petit, elle a accepté de nous rencontrer à la cafétéria, dans le fond d'un supermarché. Imaginez-vous raconter cela aux autres collègues psychiatres fixes : « j'ai fait un entretien psychiatrique d'évaluation d'urgence dans un lieu public, la cafétéria, aux yeux et au vu de tous – quid de la confiance, du secret médical ? – en partenariat avec ces personnes qui, chacune, avaient leur génie propre, pour essayer de construire un réseau autour de cette femme. »

Cela avance un tout petit peu, j'ose l'espérer.

Les psychiatres mobiles peuvent se sentir par moments dans une solitude absolue lorsqu'ils parlent à leurs autres collègues non mobiles. Par conséquent, c'est bien de se réchauffer en association, de se raconter nos histoires. Avec un risque, en nous racontant nos histoires et en nous reconnaissant comme des mêmes, comme des familiers, celui d'oublier l'ouverture, de rester entre nous, de construire notre petite communauté théorique privée. C'est l'un des risques de l'association. Une des opportunités, c'est de se rencontrer et de rester ouverts, l'un des risques est de se refermer, de créer un autre cercle. Je suis fascinée de voir comment, dans l'histoire de la folie, dans l'histoire de sa prise en charge, cette question-là, celle de l'enfermement, celle des murs, probablement pour contenir, est

présente à chaque fois. Je vois comment l'asile s'est construit puis déconstruit et comment l'on se construit d'autres murs. Ces autres murs peuvent être théoriques, ils peuvent être enveloppe professionnelle, ils peuvent être entre soi, ils peuvent être entre soi d'un même pays... C'est un risque qui nous guette en permanence.

Bientôt, je vais aller à Mayotte, dans un pays où ils sont passés directement de la folie enchaînée – Mayotte est un DOM récent – à une équipe mobile de crise créée à partir du seul secteur, adossé aux urgences. Je vais aller essayer de soutenir cette jeune équipe qui commence. La formation prévue est couplée à des stages. C'est aussi l'une des choses que fait l'association : des échanges entre équipes. Quand une équipe mobile se construit, il y a deux moments qui sont des moments de fragilité : le début, la mise en route, où elle peut s'exposer à de multiples dangers, physiques et/ou psychiques, et ensuite, un peu plus tard, après peut-être autour de cinq années de vie, où il y a un essoufflement. Il est fatigant, dans le fond, de toujours se déplacer. Notre chance, avec Éric, c'est que nous avons de jeunes internes qui viennent et qui nous interrogent, qui nous regardent. Ils ont cette naïveté, ces questions cristallines : « dans le fond, je croyais que vous étiez mobiles. Vous ne vous déplacez plus ! », « Ah, mince, c'est vrai : nous recevons dans notre structure parce qu'au bout d'un moment, se déplacer, c'est coûteux. » Ces échanges entre équipes permettent de rester enthousiaste, de se renouveler, de se confronter à d'autres pratiques, de revisiter nos évidences, de se dire que dans le fond, quand on va à domicile, quand on rencontre, ce n'est plus l'enveloppe professionnelle qui va construire la manière de faire. Quand on va dans une maison qui est encombrée, même si l'on est psychiatre ou infirmier, est-ce qu'il ne faut pas commencer par mettre à la poubelle ? Ce sont des questions de ce type que nous nous posons : est-ce cela, c'est notre métier ? Est-ce que c'est cela qu'il faut faire ?

Se rencontrer en association, c'est mettre en commun des travaux de recherche qui ont montré que les équipes mobiles peuvent éviter les hospitalisations ou que le déplacement mobilise les processus psychiques, les représentations, les représentations de soi et aussi, des autres métiers. Là encore, quand on reste entre soi, entre soi psychiatres, on peut parler des psychologues et de leurs particularités, personnages très difficiles à contenir. J'imagine que les psychologues peuvent se défouler quelque part en restant entre soi, en parlant des psychiatres. Et je pense que c'est vrai pour chacun des corps de métier. C'est peut-être un mal nécessaire pour pouvoir continuer à rester en lien.

Un peu de publicité pour finir : Samuel Bouloudnine, présent dans la salle, psychiatre à Marseille dans l'équipe ULICE, Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Évaluation, membre de l'AEMP, prépare avec nous un congrès sur le thème « Équipes mobiles : quels accordages ? », les 28 et 29 juin.

Merci.

Applaudissements

«● Riva Gherchanoc

Merci pour votre intervention. On m'a dit de ne pas poser de questions à la suite, d'enchaîner les interventions et que nous ferons les échanges après. Par conséquent, je m'abstiens. Mais j'ai pris quelques notes. Je n'ai pas forcément tout compris... Vous plaisantez, mais je n'ai pas compris comment se matérialisait une équipe mobile, si c'était vous, à pied, en métro, avec votre propre voiture ou une espèce de mini camping-car, comme on peut parfois en connaître... En tout cas, vous, Madame Em-sellem, pour « aller vers », est-ce que vous vous déplacez au logement de la personne ? Non, pas du tout ? Vous travaillez pour que la personne ait un logement, c'est cela ?

DE LA MOBILITÉ DANS LE LOGEMENT ACCOMPAGNÉ

«• Sylvie Emsellem,

chargée de missions «Problématiques et partenariats», UNAF0

Bonjour à toutes et à tous. J'ai été bonne élève et j'ai donc essayé de répondre aux trois questions, même si ce n'était pas tout à fait évident et si j'ai une position un peu décalée.

«Qui?» Qui va vers qui? Je suis obligée de présenter d'où je parle. Je parle de l'UNAF0, où je suis chargée de missions. L'Unaf0 est l'union professionnelle du logement accompagné. Elle fédère près de 120 adhérents sur l'ensemble du territoire national et loge des personnes aux profils différents, d'où la complexité de mon intervention. J'ai voulu la schématiser un peu et je vous prie de m'en excuser par avance. Nous logeons des personnes âgées immigrées, des jeunes en formation, en mobilité, des personnes en souffrance psychique, des familles monoparentales, des personnes dites défavorisées et tout cela, dans des logements très différents : pensions de famille, résidences sociales, résidences sociales pour les jeunes, foyers de jeunes travailleurs, résidences accueil, etc. Nos adhérents ont des typologies très différentes, avec des organisations très différentes. Nous pouvons avoir de gros bailleurs qui gèrent un certain nombre de logements, avec des moyens financiers et humains très importants, d'autres moins, sur des territoires différents. Je vais essayer malgré tout de vous présenter quelque chose qui fait sens commun ou collectif. Je parle donc de là : nous sommes des logeurs que l'on appelle très sociaux.

Vers qui allons-nous, qui accueillons-nous et pour quoi faire? Il me semble que l'on présente toujours les choses de manière statique, par rapport aux besoins des personnes. J'ai donc essayé de trouver un lien avec le titre proposé pour mon intervention «de la mobilité dans le logement accompagné». Je vais donc vous présenter pourquoi ils sont là, pour être en mouvement, et justement, pour les présenter eux en mouvement. Dès lors, cela réinterroge la manière dont nous devons les accompagner, précisément parce que ce n'est pas figé.

Pour comprendre pourquoi ils sont là, je vais aussi essayer de catégoriser les raisons pour lesquelles ils sont dans ces logements accompagnés. Les premiers facteurs explicatifs, nous l'avons vu hier – je vais un peu faire le lien avec ce qui a été dit hier et qui m'a interpellée –, sont des

facteurs explicatifs structurels ou conjoncturels, la pauvreté ou le revenu de ces personnes, qui sont liés à leur relation au marché de l'emploi et au logement. Nous avons un adhérent dans les Bouches-du-Rhône : 79% des personnes qu'il loge ont un revenu inférieur à 762 €. Vous savez que le seuil de pauvreté est compris entre 814 et 977 €. Pour le dire autrement, en gros, nos adhérents accueillent de plus en plus de personnes en situation de pauvreté. Les pauvres sont plus nombreux et, comme le dit la Fondation Abbé Pierre, en dix ans, il y a eu un million de pauvres supplémentaires en France. Cela permet de poser le contexte et de s'interroger sur le moyen d'accueillir ces personnes. Premier facteur, donc : ils sont chez nous parce qu'ils sont pauvres. Nous logeons aussi ici des personnes âgées immigrées isolées en foyer de travailleurs migrants – pour un de nos adhérents au niveau local, cela représente 42% des personnes qu'il accueille –, des jeunes dont le parcours professionnel interroge leur parcours résidentiel. A titre d'exemple, dans le Val de Marne 60 à 80% des jeunes logés chez un de nos adhérents sont en contrat à temps partiel ou en intérim, bien en-deçà du SMIC.

Deuxième facteur explicatif, vous l'avez dit hier : pourquoi loge-t-on ces personnes? Ce sont souvent des personnes qui ont fait l'expérience de la vie en structure d'accueil spécialisée. Cela peut être des jeunes qui ont vécu en foyer d'accueil, d'anciens détenus ou des personnes qui ont effectué de longs séjours en clinique ou en hôpital psychiatrique. Pour le dire rapidement, nous sommes dans un mouvement de désinstitutionnalisation, et nous voyons donc chez nous, des personnes qui sortent des institutions et que nous accueillons et logeons.

Troisième facteur explicatif : ils sont là parce qu'ils ont pu connaître une rupture. Il peut s'agir de jeunes qui dé-cohabitent de chez leurs parents, de personnes qui divorcent, ce qui implique pour nous l'accueil croissant de familles monoparentales.

Le quatrième facteur explicatif, que j'ai caractérisé comme personnel ou individuel, est lié à des conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme), à des troubles psychiques ou au handicap mental.

Bien sûr, ces éléments peuvent s'intriquer. On peut être pauvre, en souffrance psychique, vieux, immigré, etc. Aujourd'hui, dans le contexte où nous sommes, le secteur du logement accompagné fait partie intégrante des dispositifs des politiques publiques. Dès lors, nous jouons le jeu, et j'espère que nous ne le jouons pas trop mal. Le SIAO va orienter vers nos logements des personnes qui sont plutôt en situation d'errance, qui ont connu la rue, ce qui amène deux questions : est-ce que nous, nous pouvons les accueillir et si oui, à quelles conditions et avec quels

moyens d'accompagnement ? Je vais y revenir. La troisième question est la suivante : qu'est-ce que vous faites ? De quelle manière faites-vous et pourquoi faites-vous ? Le fait de présenter les choses de manière moins figée, c'est dire que ces personnes, au début, ne sont pas dans un besoin constant, de A à B, on explique pourquoi ils sont là. Nous allons mettre en place un accompagnement qui va prendre en compte leurs besoins, leurs choix, leurs objectifs, ce qui aura un impact sur la nature et l'intensité de l'accompagnement différent avec le temps.

Je prends deux exemples concrets, mais qui montrent la difficulté, pour nous, d'accueillir des publics avec des profils très différents. Une femme vient de divorcer. Elle est en contrat d'intérim. Nous sommes en zone tendue, disons à Paris. Elle va se retrouver en résidence sociale. Finalement, elle n'a pas besoin d'accompagnement. Elle va peut-être être rassurée, pendant cette période, par la présence d'un responsable de résidence sociale, par le fait de pouvoir partager des espaces collectifs, mais elle n'a pas vraiment besoin d'accompagnement. Pour une personne en souffrance psychique, dont la maladie est chronique, on va avoir besoin d'un accompagnement très soutenu à un instant T, puis, peut-être, juste d'une présence continue et ensuite, dans une période de rechute, d'un accompagnement intense. Il faut donc avoir la possibilité de proposer une présence continue avec une intensité de l'accompagnement qui va varier en fonction des besoins de la personne.

Pour schématiser un peu le propos, je sais que c'est complexe, mais nous, dans le logement accompagné, même si c'est très différent selon les adhérents, nous pouvons nous mettre d'accord sur le fait que nous aurions un modèle qui s'articule autour de deux dimensions, et c'est un peu ce qui a été dit hier autour des questions dans la salle.

Il y a une approche que je qualifierai d'approche par le lieu, où c'est le logement qui est accompagné par des fonctions de gestion locative sociale. Ces fonctions de gestion locative sociale ont été déterminées par la circulaire. Nous, en interne, nous les avons un peu minorées parce que la circulaire mettait à peu près tout, pour que l'on soit sûr que quelque chose se fasse. Je définis ces fonctions de cinq manières différentes. Nous avons une fonction d'accueil. Nous avons une fonction d'information sur la vie dans la résidence, c'est-à-dire que l'on dit à la personne comment cela fonctionne. Nous avons une fonction de prévention des impayés : nous sommes logeur. Nous avons une fonction de suivi des dossiers d'aide au logement, une fonction de veille, pour détecter des personnes qui seraient seules ou en souffrance psychique, et une fonction d'orientation vers les services extérieurs, mais une orientation de faible intensité, puisque

nous sommes dans de la gestion locative sociale. La circulaire de 2013 qui redéfinit ces fonctions de gestion locative sociale parle beaucoup de suivi individualisé. Elle met un peu tout. Je pense que les fonctions de gestion locative sociale ne permettent pas un accompagnement individualisé. C'est une approche par le lieu : je réside en résidence sociale, mon logement est accompagné de ces fonctions de gestion locative sociale. Et ces fonctions peuvent être, pour des personnes qui en auraient besoin, un levier d'accompagnement individualisé.

D'où le deuxième point : l'approche par la personne. Hier, quelqu'un disait que le conseil local de santé mentale ne pouvait pas faire un suivi individualisé. C'est un peu cela. La fonction de gestion locative sociale a une approche par le lieu collectif et ne peut pas se substituer à un accompagnement individualisé. Puisque nous parlons de « l'aller vers », quand on est dans un accompagnement individualisé, que pourrait-on faire ? Que devrait-on faire ? On peut aller vers ces personnes très éloignées, qui n'exprimeront pas forcément une demande, accueillir, être disponible, repérer les besoins, faire une identification des besoins par un diagnostic, informer ces personnes, rendre l'information accessible, répondre à leurs attentes, notamment en matière d'accès aux droits sociaux et sanitaires, mobiliser les différentes aides, orienter, assurer un suivi, soutenir, stimuler et favoriser la coordination des acteurs extérieurs sur le territoire, à savoir le secteur médical, les services d'aide à domicile, donc, en gros, animer un réseau partenarial.

S'agissant du « pourquoi faire ? », j'avais pensé que je n'allais pas vous dire pourquoi faire. Mais hier, je me suis dit que si, parce que comme cela a été dit en introduction, j'ai essayé d'entendre les mots : pourquoi l'on accompagne, pourquoi l'on assure ces fonctions de gestion locative sociale. Là, par contre, cela fait consensus pour nos adhérents. Quand vous leur demandez pourquoi ils font cela, ils vont vous dire : « c'est l'autonomie des personnes ». Moi, ce n'est pas ce que j'aurais voulu qu'ils me répondent, mais je suis démocrate et je me dis : « d'accord, autonomie ». C'est ce que nous entendions hier sur « capacités », « compétences ». Je me suis dit qu'il faudrait définitivement bannir ces mots. Je pense qu'il faudrait déconstruire la définition d'autonomie. Finalement, être autonome, ce n'est pas faire seul. Il s'agit de permettre à une personne, dans une situation donnée, de parvenir à affronter une diversité de situations, mais en mobilisant des ressources. Je prends toujours un exemple un peu extrême : où réside l'autonomie d'une personne tétraplégique en fauteuil si l'on dit que l'autonomie, c'est pouvoir faire seul ? Son autonomie va résider dans le fait qu'elle va trouver la bonne ressource, la bonne personne qui va pouvoir faire les courses dont elle a besoin. Aujourd'hui, de manière générale, on

est quand même dans l'idée que l'autonomie renvoie à la responsabilité des individus. C'est-à-dire qu'en gros, nous serions responsables de nos échecs, de nos réussites, comme s'il fallait juste déployer une volonté pour parvenir, même si le contexte est particulièrement défavorable. Si je pose cette question par rapport aux personnes en souffrance psychique, cela signifie que l'on pourrait se dire que l'on devrait leur offrir la possibilité de mobiliser des ressources, qui peuvent être des moyens humains, pour choisir de faire ce dont elles ont envie. Ces qualificatifs de « capacité à habiter », de « compétence », il faudrait les déconstruire ! Tout le monde est compétent et capable de vivre dans un logement, à condition que l'on offre la possibilité de mobiliser des ressources pour y vivre. C'est un peu différent.

En ayant proposé un cadre un peu théorique, un peu conceptuel, de « vers où l'on aimerait aller » dans le logement accompagné, donc cette approche par le lieu, cette approche par la personne, je vais essayer d'incarner mon propos. Je vais prendre deux exemples, toujours schématiques, aux deux extrêmes. Ensuite, dans les questions, nous pourrions être dans quelque chose de plus fin et de plus complexe, mais c'est pour nous aider peut-être dans les tendances à réfléchir.

D'un côté, vous avez la résidence sociale, qui assure des fonctions de gestion locative sociale qui permettent d'accueillir des personnes en souffrance psychique – un certain nombre, c'est la condition que je mets – et avec une condition obligatoire : le financement de la fonction de coordination et de mise en réseau des acteurs sur le territoire. Je vais poser la question cash : est-ce que l'on peut accueillir des personnes en souffrance psychique en résidence sociale quand les fonctions de gestion locative sociale ne sont même pas complètement financées sur les territoires ? Pour vous donner une idée du fait que l'on n'est pas à la hauteur, comment un équivalent temps plein peut-il faire de l'accompagnement pour 350 résidents ? Ce ne sont pas ces schémas pour tous les adhérents, mais ce sont des schémas qui existent. On fait autre chose que de l'accompagnement, mais on ne peut pas faire de l'accompagnement individualisé ou en tout cas, dans une résidence sociale, on ne peut accompagner qu'un certain nombre de personnes en souffrance psychique.

Pour étayer mon propos sur les territoires, avec deux autres fédérations, la Fapil et Soliha, nous avons fait un petit diagnostic dans le Val-de-Marne. Nous nous sommes mis autour de la table avec les logeurs et nous leur avons demandé quels étaient leurs problèmes en tant que logeurs. La première préoccupation, pour eux, était l'accompagnement des personnes en souffrance psychique : « nous ne savons pas faire, nous avons du mal ».

Face à cette préoccupation, nous leur avons proposé de faire un tour de table – parce que l'on veut toujours objectiver, diagnostiquer, observer, mais cela donne de la légitimité à ce qui est dit – et d'essayer de faire un diagnostic avec eux pour voir ce qui se cachait derrière cette préoccupation. Ils ont commencé par nous dire ce qu'ils voyaient. Les formes et les manifestations de la souffrance psychique, vous l'avez dit hier, ce sont des conduites addictives, des conduites agressives menaçantes, des conduites d'accumulation compulsive. Nous avons gratté avec eux, parce que c'est une forte préoccupation pour les directions d'action sociale ou pour les intervenants sociaux, et nous leur avons dit d'essayer d'objectiver un peu : « qu'est-ce que cela veut dire ? Combien sont-ils ? ». Si j'enlève les résidences accueil, pour les personnes qui logent ces personnes en logement diffus ou en résidence sociale, cela représentait à peu près 5 % des personnes accueillies et logées. Mais ces 5 % leur posaient vraiment une difficulté dans le fonctionnement de la structure et pour les personnes elles-mêmes. Les impacts qu'ils ont pointés étaient que ces personnes en souffrance psychique en résidence sociale étaient très isolées, souvent stigmatisées et qu'il pouvait y avoir un risque, une mise en danger pour eux-mêmes et pour les autres. Les intervenants sociaux qui étaient présents disaient : « nous, nous ne savons pas faire, nous sommes démotivés. Nous sommes logeurs, nous, nous ne savons pas faire du soin, nous ne savons pas identifier ce que cela veut dire et nous avons peur, finalement, de devenir des annexes des résidences accueil ou des hôpitaux psychiatriques, alors que nous ne savons pas faire ». « Et puis, cela réinterroge nos manières d'accompagner, parce qu'il nous faut plus de temps pour « aller vers », il faut constituer un réseau d'acteurs autour de la personne et là, les fameux CMP ». « Parce que quand nous appelons un CMP, nous disent-ils, il y a une file active énorme, on ne répond pas à nos attentes et finalement, on nous renvoie sur le fait que ce sont des problèmes de comportement et qu'il faut appeler les pompiers » – je rapporte ici la parole des intervenants sociaux sur le territoire... Et il faut se décentrer des missions que nous savons faire. Les logeurs font de l'accompagnement social lié au logement, de l'AVDL, c'est-à-dire de l'accompagnement vers et dans le logement, mais nous ne savons pas bien faire. Et pour ces personnes, cela pose la question de l'expulsion, parce qu'il y a des problèmes d'impayés, la question des dégradations du logement, la question de savoir si le logement est adapté. En interne, ces intervenants sociaux ont aussi besoin d'être soutenus par leur direction, parce qu'on leur dit qu'il faut éviter les risques de mise en danger et que cela se passe bien.

Une fois ce diagnostic fait pendant un an et demi, où il y a vraiment eu une dynamique de groupe entre eux, ils ont décidé de définir deux actions

opérationnelles. La première était qu'ils devaient quand même être un peu formés. Même s'ils avaient fait le deuil de tout internaliser – nous leur avions dit de ne pas internaliser, qu'il y avait des ressources sur le territoire –, ils voulaient suivre une formation pour mieux appréhender ce que sont les souffrances psychiques et pouvoir ainsi mieux orienter les personnes en fonction de leurs besoins. Mais surtout, la deuxième action, qui peut être étonnante, au moment où nous parlons, depuis le temps que nous le disons, était d'essayer de siéger au conseil local de santé mentale dans le Val-de-Marne. C'est-à-dire qu'ils n'avaient pas forcément identifié ce lieu, premièrement; deuxièmement, qu'ils ne savaient pas trop ce qu'ils pouvaient y faire, et il y avait une méconnaissance réciproque. Nous avons avancé sur le sujet – je fais vite: c'est une contraction du temps – et ils ont invité les conseils locaux de santé mentale à venir à une journée pour présenter ce qu'était le logement accompagné, ce que nous faisons et comment nous pouvions travailler ensemble.

Dans l'exemple de la résidence sociale, on ne peut pas faire un accompagnement individualisé. On peut avoir des fonctions de gestion locative sociale, mais il faut surtout assurer cette fonction d'interface et de coordination. Mais je pose la question qui a été posée hier: qui finance la fonction de coordination? Qui finance les moyens humains, aujourd'hui, dans un contexte où l'on vous répète à longueur de journée qu'il faut faire mieux avec moins, dans un contexte de raréfaction des moyens? S'il n'y a pas de moyens d'accompagnement individualisé, cela pose la question de l'orientation, par les SIAO, vers les résidences sociales.

À l'autre bout de la chaîne, nous avons la résidence accueil, qui, elle, assure les deux dimensions: l'approche par le lieu, avec la gestion locative sociale, et un accompagnement individualisé avec le couple d'hôtes. En effet, il y a deux équivalents temps plein qui, au sein de la résidence, assurent quatre types de services: des services d'aide à la vie quotidienne, un service d'orientation, un service de veille et un service d'organisation d'activités collectives. On constate que sur les territoires où l'on crée une résidence accueil, où, en amont de la création, pour que les partenariats soient efficaces, on pose des conditions telles que l'existence d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), qui propose un accompagnement à visée éducative, d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), d'un groupe d'entraide mutuelle pour favoriser l'inscription de ces personnes dans la cité, lorsque l'on met des conditions en amont de la création, sur le territoire, avec des ressources, quand on a ces deux fonctions, je ne dis pas que c'est parfait, mais on se donne des moyens pour que l'accueil soit efficace.

Comme j'ai dépassé le temps qui m'était imparti, je continuerai dans le cadre des échanges avec la salle.

Applaudissements

«• Riva Gherchanoc

Je suis un peu tolérante sur le temps, parce que nous avons une intervenante de moins. Cela laissera de la place pour les autres. Mais cette présentation était extrêmement riche. Je crois que c'est la première fois que j'entends quelqu'un qui travaille dans votre secteur parler de cette façon-là. Le fait de déconstruire pour mieux se re-questionner sur ses propres missions et pour mieux faire, c'est rafraîchissant. Je suis sûre qu'il y aura de nombreuses questions et réactions dans la salle.

Pour suivre une certaine logique, je m'étais dit que nous allions enchaîner sur les enjeux de la visite à domicile, mais nous allons plutôt sortir du cadre professionnel, institutionnel, pour donner la parole à M. Voyer. De plus, j'affectionne particulièrement l'Unafam parce que, pour tout vous dire – docteur Topuz, ne prenez pas cela pour vous –, les associations de familles sont quand même très pédagogiques pour vous expliquer ce qu'est la santé mentale, tant vis-à-vis de la personne qui doit être prise en charge que sur le côté très institutionnel, sur la façon dont c'est organisé sur le territoire, etc. Leur participation est vraiment essentielle, que soit dans nos conseils locaux de santé mentale ou au sein des conseils de surveillance ou d'autres instances, parce que leur parole, en tant que familles et aidants familiaux, est capitale.

REGARD SUR L'ENGAGEMENT DE FAMILLES ET AIDANTS FAMILIAUX

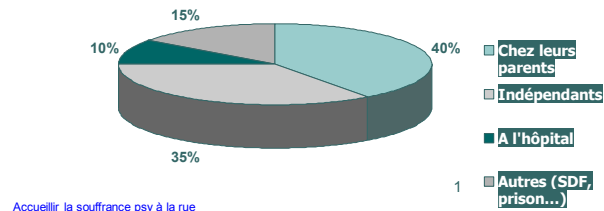
• Bruno Voyer,

administrateur d'Espérance Hauts-de-Seine à Bagneux, filiale de l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)

Bonjour. J'ai passé douze ans à l'Unafam, quatre à cinq ans comme délégué des Hauts-de-Seine et le reste comme administrateur en charge de la précarité. Pourquoi en charge de la précarité? Tout simplement parce que mon fils est parti à la rue. Il en avait assez de l'hôpital et pour X raisons, il est parti à la rue. Mais il n'est pas parti une fois : il est parti plusieurs fois. Je me suis demandé comment les gens qui accueillent ces grands malades à la rue, allaient faire pour essayer de les ramener au soin. Je vais vous en parler tout à l'heure très rapidement.

Unafam Où sont les personnes atteintes de troubles psychiques graves?

- Hier, enfermées dans les hôpitaux.
- Aujourd'hui, dans la cité grâce aux progrès de la médecine.



- 1) Ils représentent 33% minimum des SDF (enquête « samenta » de 2009)
- 2) Très présents en CHRS (20/30%) et en institution pénitentiaires
- 3) Chez leurs parents ; ils vieillissent de façon « alarmante »....

B Voyer(en charge précarité/hébergement unafam)

Une partie de mon propos d'aujourd'hui portera sur le militantisme, sur ce que nous avons fait à l'Unafam. La deuxième partie sera plus personnelle : l'accompagnement de mon proche, plus particulièrement. J'espère que je ne décevrai pas l'ensemble des familles de l'Unafam, dont certaines ont leur proche chez elles.

Il y a de nombreux proches qui sont chez leurs parents, comme vous le voyez sur ce schéma. Ce sont des documents que nous communiquons il y a trois ou quatre ans auprès des décideurs publics, auprès des élus, lorsque nous voulions les titiller pour nous aider à faire du logement, auprès des grandes administrations, délégations à la santé, ARS, etc. Le gros problème est qu'aujourd'hui, beaucoup de parents logent leur proche et comme vous le savez, aujourd'hui, les personnes vieillissent de plus en plus et l'on se retrouve avec d'énormes problèmes quand les proches, nos proches ont plus de 50 ans. Une partie des gens vivent à l'hôpital. Ce n'est pas énorme, mais par contre, à la rue et en prison, c'est plus fort que le nombre de place qu'il y a à l'hôpital. Il faut que vous l'avez en tête. Je pense au rapport Samenta de 2009 : il y avait entre 35 et 40 % de gens qui étaient malades à la rue. Et ce n'est pas la rue qui les a rendus malades. En prison, c'est la même chose. En réalité, à l'Unafam, il y a maintenant beaucoup de parents qui ont un proche soit à la rue, soit en prison. Les 35 % d'autres personnes vivent dans des logements autonomes, accompagnés ou non. Aujourd'hui, notre fils Thomas est bien en logement autonome et je vous dirai comment nous l'accompagnons au mieux.

Que faisons-nous quand nous allions, comme représentants, essayer de pousser nos élus à s'intéresser à la question de la santé mentale? Nous leur présentons ce schéma.

C'est un schéma qui date d'il y a environ quatre ans. Nous avons pris un pourcentage de la population de 1%. À mon avis, nous avons minimisé pour ne pas affoler les gens. En réalité, la souffrance psychique touche certainement plus d'1% de la population. Nous expliquions aux gens que nous rencontrions ce qu'il faudrait : en résidence accueil, par exemple, 150 places pour 100 000 habitants. Mais je vous assure que dans certains départements, il y a très peu de SAMSAH et pas grand-chose en SAVS. Il y a un retard phénoménal, dû en partie à la stigmatisation dont on a rapidement parlé tout à l'heure. Nos proches seraient des gens dangereux... Si cette question vous intéresse, renseignez-vous auprès du Psycom. On vous dira qu'ils sont malheureusement sept à huit fois plus agressés que les autres, volés, violentés. Cela, nous l'avons vécu au quotidien.

**Estimation des
Places nécessaires en structures médico-sociales
pour les personnes souffrant de troubles psychiques
(pour 100 000 habitants)**

Prévalence de 1% de la population (OMS), soit 1 000 personnes concernées pour 100 000 habitants

Répartition des 1 %	Personnes non stabilisées 10% = 100 personnes			Personnes accompagnées dans la cité 70% = 700 personnes					Personnes autonomes 20% = 200 personnes
	Hôpital	MAS	FAM	Foyer de vie	Appartements associatifs	Résidence Accueil	Familles ou autres	Logement social Location privée	Milieu ordinaire
Logement et hébergement	30	30	40	70	30	150	250	200	200
Accompagnement	Intégré dans les structures			Intégré dans les structures		SAVS SAMSAH } 300 150 <----- 150 ----->			
Activités	Intégrées dans les structures			G.E.M. (Club) 300 à 500		ESAT 150			

Les chiffres donnés ici ont une valeur indicative et à long terme, il s'agit du "besoin maximal théorique".

Dans un premier temps ils devraient conduire à faire réaliser par zone géo-démographique de **100.000 habitants** – ou par secteur puisque la population est sensiblement égale, mais sans que les périmètres se recouvrent nécessairement :

- **Un Foyer de vie ou un Foyer médicalisé**
- **Une Résidence Accueil dédiée aux personnes handicapées psychiques**
- **Un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, SAVS ou SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
- **Un Groupe d'Entraide Mutuelle – Club**
- **Un ESAT (ex CAT) dédié aux personnes handicapées psychiques**

Il faut qu'ils soient co-pilotés par le responsable du CCAS et par des gens du CMP. Il y a deux co-pilotes. Mais on réunit autour de ces ateliers aussi bien la gendarmerie que les pompiers, éventuellement, les HLM, les familles, les usagers, bien sûr, les CCAS, etc.

Je voudrais insister sur un élément important. Lorsque l'on est reconnu handicapé, il y a ce que l'on appelle la PCH, la prestation compensatrice de handicap. À quelqu'un qui ne peut pas marcher, on paiera un fauteuil roulant, à quelqu'un qui ne voit pas, on paiera une canne blanche. La difficulté majeure, pour nous, c'est que nos proches, eux, savent tout faire. Ils peuvent faire des courses, à la limite, ils peuvent se laver. Ils peuvent tout faire. Sauf qu'ils ne font pas grand-chose. Le problème est que tous les référentiels pour définir que l'on a droit à la PCH n'ont pas été bâtis pour notre handicap, mais plutôt pour les autres types de handicaps, physiques ou sensoriels. Si l'on arrivait à mutualiser la PCH, on pourrait bâtir quelque chose, peut-être pas au niveau des résidences accueil, mais au niveau de l'habitat inclusif. Le problème est qu'il faut parvenir à fédérer et à relier les acteurs autour d'associations de gestion qui s'occupent de ces questions. C'est un élément clé, aujourd'hui, pour essayer de créer, de lancer même une résidence accueil. Il faut qu'il y ait une association autour de cela. Je pense que les conseils locaux de santé mentale sont peut-être aussi là pour avancer sur cette question.

La recherche d'une association de gestion est clé, aujourd'hui, pour développer l'habitat pour nos proches. Pour ma part, je n'ai pas mis l'Unafam de côté, mais après douze ans de travail à l'Unafam, je me suis aperçu que nos proches souffraient de la faim. Lorsque j'apportais régulièrement de l'alimentation à mon fils, je me rendais compte que ce n'était pas lui qui mangeait tout et qu'il fallait que je double la mise. L'habitat, c'était clé, mais l'insécurité alimentaire, je la touchais vraiment du doigt. J'ai rejoint à Nanterre une réflexion de fond pour essayer de bâtir un projet d'épicerie solidaire. Ce qui me donne de l'espoir pour l'alimentation, c'est que j'ai rencontré là un CCAS conscient des problèmes d'insécurité alimentaire. Il y a une véritable insécurité alimentaire en France. Il y a des gens qui vivent avec un reste à vivre de 2 € par jour et par tête. C'est clair et net. Je me suis trouvé au milieu d'associations : Secours populaire, Secours catholique, que j'ai rejoint, d'ailleurs, Croix-Rouge, éventuellement, Restos du cœur, pourquoi pas, un CCAS qui poussait à fond l'épicerie solidaire en fédérant les associations autour de cela et bien entendu, la Banque alimentaire.

Je me suis dit, en préparant le topo que je suis en train de vous faire, pourquoi pas demain au niveau du logement ? Qu'avons-nous, au niveau

du logement ? Nous avons le CCAS et le CMP qui sont le cœur de réacteur, qui sont moteurs, dans ce domaine. Nous avons les HLM. Il y a des lois, aujourd'hui, qui les contraignent à louer un pourcentage de logements à nos proches. Et il y a toutes les associations, derrière, les associations de familles, d'usagers, qui pourraient se regrouper autour pour arriver, je ne sais pas dans quel schéma, mais à faire quelque chose à ce sujet. Je voulais aborder ce point avec vous.

La dernière partie de mon intervention est plus personnelle. Je veux vous dire comment j'essaie d'avancer pour soutenir mon proche. J'ai une chance énorme : nous travaillons en relation, autour d'un pivot, qui est l'assistante sociale du CMP. C'est-à-dire que nous faisons pratiquement partie d'une grappe de gens qui se relaient ou qui ont établi un lien avec notre fils. C'est l'auxiliaire de vie, c'est le soin par le CMP, le curateur, l'assistante sociale et nous-mêmes. C'est un étayage qui est rassurant pour nous, parce qu'il y a des temps de violence. Elle peut être due au fait que notre proche accueille parfois du bon et du moins bon. Il peut donc y avoir de la violence à ce niveau-là. Mais il n'y a pas que cela. On peut rencontrer des gens vraiment mal intentionnés qui essaient de récupérer de l'argent de notre proche, d'une certaine façon.

D'expérience personnelle, je vous livre certains éléments de cet accompagnement. Être présent auprès de lui, c'est surtout l'écouter, en recherchant une juste proximité, parce que sa souffrance à lui sera toujours la sienne. C'est une souffrance psychique et surtout, somatique. Ayez cela en tête. Psychique, c'est évident, mais somatique, il l'exprime. Et quelle que soit notre empathie, il faut lui laisser sa souffrance. C'est à lui et c'est une bonne chose qu'il la prenne. Il faut, avec lui, expliquer tout le chemin qu'il a parcouru, en insistant sur le positif pour accentuer son estime de soi. Il est évident qu'il faut dire là où il réussit : « cela, tu l'as réussi, cela, tu l'as réussi... ». On consolide l'estime de soi. Chaque contact, chaque parole est un soin. Et la qualité de la communication passe par l'écoute, mais surtout par notre fragilité partagée. Cette fragilité partagée permettra à notre proche de mieux exister et de se consolider. Nous n'avons pas à jouer les costauds, au bout du compte.

Je voudrais terminer sur un élément clé, qui me paraît important. Une fois tous les besoins de la personne exprimés, épluchés comme un oignon et gérés, il restera à partager le cœur de tout. Le cœur de tout, c'est sa raison de vivre. Quelle est sa raison de vivre ? Là, on touche au spirituel, que l'on ne peut pas écarter. On ne peut pas écarter le spirituel, quel que soit notre engagement. Il y a x types d'engagements, mais nos proches expriment cela : qu'est-ce que je fais là ? Pourquoi ?

Ma conclusion, c'est qu'il faut aimer nos proches. Peut-être pas plus que les autres enfants, mais il faut vraiment les aider, vraiment. Et là, ils nous renvoient quelque chose de fort. Voilà ce dont je voulais témoigner auprès de vous.

J'ajoute un petit mot pour l'Unafam, qui m'a permis de dépasser beaucoup de choses. Pas de guérir, mais de dépasser les choses. Je crois qu'il faut demander aux médecins d'orienter vers l'Unafam les familles concernées par ces problématiques. Au départ, on n'y comprend rien. On n'a pas choisi ce chemin. Je disais tout à l'heure aux médecins qu'aujourd'hui, les liens que l'on a avec la psychiatrie ont complètement changé. Avant, on était le fautif du coin. Aujourd'hui, ce n'est plus du tout le cas. Ce qu'il faudrait, maintenant, c'est que la psychiatrie fasse plus d'information auprès des familles, de l'information simple. Cela permettrait aux familles de s'occuper davantage de la quotidienneté des affaires, en particulier.

C'est tout ce que je voulais dire. Merci.

Applaudissements

«• Riva Gherchanoc

Merci. Pour essayer de faire une transition entre le professionnalisme et l'humanité, qui, effectivement, est essentielle sur cette question, je vous signale que la semaine d'information en santé mentale qui aura lieu au mois de mars portera justement sur le thème « santé mentale et parentalité ». Ce sera une bonne occasion de poursuivre sur cette question des familles.

Vous disiez que la clé, c'était l'habitat, mais qu'il y avait d'autres choses qui se jouaient et que si le logement peut être un abri et une sécurité en soi, il y a toutes les autres questions qui se posent. La question des soins, on a l'habitude d'en parler, mais il y a toutes ces questions sociales, de précarité et, comme vous le disiez, d'insécurité alimentaire. Cela fait partie des enjeux de votre rôle, Anne Quintin, dans le cadre des visites à domicile. Vous allez pouvoir nous en dire davantage.

ENJEUX DE LA VISITE À DOMICILE

« Anne Quintin,

sociologue, cheffe de service de l'équipe mobile Aurore

Bonjour.

Je vais vous parler de la prise en charge de la santé mentale en mouvement. Ce qui est en mouvement, c'est l'endroit de la demande, selon moi, le lieu de soin et l'organisation du soin.

Depuis la naissance de l'idée de soin en santé mentale, de grands mouvements ont mû sa prise en charge, du lieu où elle se pratique à l'endroit de celui qui la demande, en passant par ceux qui l'organisent. Ce triple mouvement a profondément changé la prise en charge de la folie, devenue maladie mentale, puis trouble ou encore, handicap psychique. D'aliénisme, elle s'est muée en psychiatrie et en antipsychiatrie, puis en approche intégrée de la santé mentale. Nous souhaitons regarder ici ce triple mouvement, lieu de soin, endroit de la demande de soin et organisation, afin de comprendre comment s'est métamorphosée la question de la santé mentale. Pour ce faire, nous utilisons trois contextes de prise en charge de la santé mentale : un secteur de psychiatrie publique d'Ile-de-France, qui fut un pionnier en matière de soins en ambulatoire, un CLSM de Seine-Saint-Denis et un dispositif associatif innovant, à savoir une équipe mobile de psychologues intervenant sur la demande de bailleurs sociaux au domicile de personnes se trouvant dans une situation psycho-sociale complexe (*Jean Furtos*). Nous verrons alors le mouvement qui se dessine aujourd'hui pour la prise en charge, c'est-à-dire que celui qui loge la souffrance psychique est celui qui alerte et gère sa prise en charge.

- L'endroit de la demande : un peu d'histoire

D'une prise en charge *inamissible* et contrainte dans un asile, on est passé à une prise en charge ambulatoire, c'est-à-dire d'un patient interné à une personne vivant dans la cité et venant chercher, plus ou moins volontairement, des soins dans ces centres ambulatoires. Les murs, « *meilleurs agents de guérison* », ont laissé place au réseau et à la coordination entre les soignants éparpillés dans différentes structures : des médecins psychiatres, des psychologues, des soignants en libéral, des infirmières, des éducateurs, des travailleurs sociaux, qui pratiquent les soins, que j'entends ici comme toute action à visée thérapeutique ou éducative apportée

à une personne dans le cadre d'une prise en charge de sa santé mentale. Le soin s'est déplacé de l'hôpital au centre d'hygiène mentale, puis dans la rue et au domicile du patient. Mais ce mouvement a été très lent, puisque dans les années 1970, dix ans après la circulaire qui officialisait le secteur de psychiatrie, la prise en charge était encore largement hospitalo-centrée. D'ailleurs, le nombre de lits n'a cessé d'augmenter, des années 1960 aux années 1980 (*Robert Castel*). Par ailleurs, la demande de soins n'est toujours pas celle du patient. Ainsi, du temps de l'aliénisme, puis pendant encore quelques décennies, la demande de soins émane d'agents d'intermédiation : les parents, les citoyens, les voisins ou les intermédiaires tels que la police, les praticiens, toute personne légalement mandatée pour ratifier la décision d'internement et s'en acquitter. Il existe alors, comme le précise la loi de 1838, « les placements dits volontaires, c'est-à-dire opérés par la famille ou par un tiers, et les placements ordonnés par l'autorité publique, appelés « placements d'office », dans les hôpitaux » (*Rhenter, 2010, p.12*).

Dès les années 1950, les soins dans les asiles s'humanisent et les durées de séjour peuvent se raccourcir. Mais c'est vraiment au tournant des années 1980 que la dés-hospitalisation prend corps en France et s'incarne dans le secteur de psychiatrie et sa structure pivot, le centre médico-psychologique (*Livia Velpry*). Mais une fois hors les murs de l'hôpital psychiatrique, le patient doit trouver à se loger et à s'occuper. Ce déplacement à la fois du soin, donc de l'hôpital aux structures ambulatoires, et du malade, de l'hôpital à la cité, amène les équipes de soins à créer des structures de prise en charge à la fois de la dimension sociale et de la dimension sanitaire de ces personnes, en même temps que les associations de logement. C'est-à-dire qu'organisées en associations, les équipes de secteur psychiatrique louent des logements diffus qu'elles sous-louent ensuite à leurs patients.

En même temps que ces associations, se développe alors une nouvelle pratique, qui est « l'aller vers ». Le soin ne se prodigue plus uniquement dans les structures psychiatriques, mais également au domicile de la personne. Il s'agit en effet d'aller vers la personne, là où elle se trouve. Mais celle-ci, vivant dans un logement ou un hébergement associatif, est alors la signataire d'un contrat d'habitation et de prise en charge. Sa compliance est une condition à sa prise en charge, donc ces équipes pratiquent un « aller vers » qui finalement, répond à une demande de la personne elle-même ou plus précisément, une non-demande qui s'est muée en consentement par des liens de confiance avec une équipe. Il ne s'agit donc pas encore de « l'aller vers » tel que le définissent Arveiller ou Mercuel, c'est-à-dire une prise en charge qui consiste, « dans un premier temps, à aller vers les personnes qui ne sont pas en état elles-mêmes d'aller vers le soin » (*Arveiller, p72*).

Ce dernier arrive plus tard, dans les années 1990, avec la précarisation extrême de certaines populations. Dans ce nouveau contexte, les équipes psychiatriques pratiquent cet « aller vers », qui n'émane pas de la demande de la personne mais qui a justement pour mission de faire émerger cette demande, qui est jusqu'alors inexistante ou inexprimée.

C'est là que naissent les dispositifs permettant de coordonner les différents acteurs de soins en santé mentale ainsi que les équipes mobiles permettant d'aller vers ceux qui ne demandent rien, mais dont l'état de santé mentale semble dégradé. Il s'agit effectivement, à présent, de faire émerger une demande de soin chez le patient, une demande de soin qui est devenue une condition première à la prise en charge.

- La demande de soins du patient : une condition de la prise en charge

Dans les changements qu'a connus la question de la santé mentale, l'éthique entourant la pratique médicale, sociale ou éducative, et le droit des usagers-patients-handicapés, l'endroit de la demande s'est déplacé. En effet, l'aliéné est interné de façon coercitive. En devenant patient, puis citoyen, il acquiert de nouveaux droits, dont notamment, celui de choisir d'être hospitalisé ou soigné hors les murs. La contrainte, même si elle peut aujourd'hui s'exercer hors de l'enceinte de l'hôpital, ne se pratique plus selon les mêmes règles • et outre ce déplacement •, les équipes soignantes

- Avant 1968, comme l'explique Benoit Eyraud dans Protéger et rendre capable, la contrainte comme la mise sous tutelle n'existent que dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique - Elles ne concernent, en effet, pas les « services libres » qui apparaissent dans les années 1930

- une nouvelle loi organisant la tutelle aux prestations sociales est votée en 1966, puis une réforme des régimes d'incapacités est promulguée en 1968

- les lois de 1990 puis de 2002 viennent enfin réformer la loi de 1838 et ainsi les modalités de l'internement

- la circulaire de 2005 encadre les équipes mobiles psychiatrie-précarité, interface entre les personnes exclues et les services de soins publics (Jean-Pierre Martin, p9/13)

- la loi de 2007 reconnaît légalement la protection de la personne
- et enfin la loi de 2011, réaffirme le droit des personnes hospitalisées

- Passage d'agent d'internement au patient lui-même dans la majorité des cas ; en effet seuls 5,4% des hospitalisations (Coldefy, 2017) se font sans le consentement des personnes. Il faut souligner toutefois une augmentation très forte depuis 2006 du recours aux hospitalisations sans consentement (Coldefy, 2017)

doivent travailler aujourd'hui la non-demande pour la faire advenir. Il s'agit par une relation de confiance et de bienveillance d'amener la personne, dont l'état de santé a été diagnostiqué • comme dégradé, de faire advenir la demande de soins.

- La demande de soins dans les logements associatifs

En 1980, par l'arrivée dans le paysage de la psychiatrie de structures intermédiaires •, la demande de soin se développe enfin vers le patient. Elle devient même un préalable à la prise en charge hors les murs. Les patients doivent accepter la modalité de soins ambulatoires pour qu'elle soit efficiente. En parallèle, une association de logements est créée par un secteur de psychiatrie public d'Île-de-France. Depuis 1979, l'équipe de secteur assure la gestion locative des logements et le suivi thérapeutique des personnes en se rendant à leur domicile. Ainsi, en préalable, les personnes doivent accepter les modalités de la location, c'est-à-dire le règlement intérieur de l'association et les modalités de fonctionnement de celle-ci. Elle doit donc faire sienne cette demande et les personnes doivent donc ouvrir leur porte aux soignants se rendant à leur domicile. Elles doivent accepter de s'acquitter de leurs charges – loyer, nourriture, etc.– et de suivre un traitement. C'est-à-dire qu'elles viennent recevoir leur traitement ou suivre leur thérapie par la parole dans les CMP.

Par ailleurs, outre une condition de la prise en charge, la demande de soin émanant du patient est une modalité de soins. En effet, le suivi et le traitement des personnes dans les logements reposent sur une thérapie de la relation. Une relation doit naître entre l'équipe soignante et le patient, un lien doit se nouer afin que la confiance puisse exister et que le soin ad-

- Il faut préciser qu'il existe aujourd'hui une forte demande des agents de prise en charge – qui étaient auparavant les agents de l'internement – de formation aux repérages des situations nécessitant un accompagnement psychosocial

- Les structures intermédiaires restent insuffisantes et les appartements thérapeutiques ou associatifs ne sont pas encore légion (Castel, 1981). L'idée de permettre aux fous de sortir de l'asile et de vivre dans la cité est encore balbutiante. C'est aussi ce que nous racontent les soignants d'un secteur psychiatrique d'Île-de-France qui a créé en 1979 une association de logement, Parallèles. Lorsqu'ils viennent dans l'unité d'hospitalisation de leur secteur pour proposer aux patients, internés pour certains depuis plusieurs dizaines d'années, de vivre dans des logements, on les prend pour des fous. Ils relèvent pourtant le défi et aujourd'hui, 38 ans plus tard, cette association compte près de 25 logements et 35 locataires suivis par les soignants du CMP de secteur.

vienne. C'est par cette sympathie (Lucien Bonnafé), à l'égard du patient et le lien qui se noue avec lui, que la personne peut recevoir du soin et que la demande de soins peut perdurer. Parce qu'il est très important de prendre en compte le fait qu'il faut réactualiser en permanence le consentement au soin des personnes. En effet, il n'est pas acquis une fois pour toutes •. Les équipes soignantes mettent en place des contrats et des projets de vie que le patient doit co-construire et signer, mais la demande reste à travailler en permanence par la bienveillance et la confiance qui émanent de la relation entre les patients et les soignants. Il s'agit de co-construire un *care*, c'est-à-dire de « trouver entre les soignants et le locataire une définition conjointe de ce qui aide et à quelles fins » (Delphine Moreau et Christian Laval).

- Faire émerger la demande de soins : la coordination

Si les associations créées par les équipes soignantes du secteur psychiatrique proposent des logements à des personnes déjà intégrées à leur file active •, il leur arrive également d'aller vers des personnes qu'ils ont pu identifier comme ayant besoin de soins.

Après son divorce, Michèle Renatti est licenciée. A 40 ans, elle décompense alors très fortement. Ayant perdu son appartement et ses revenus, cette femme alors très délirante s'installe dans une baraque de fortune sur les rives d'un fleuve où elle a de nombreux souvenirs de jeunesse. L'équipe de psychiatrie, pionnière en matière de soins ambulatoires et faisant régulièrement ce qu'on appelle aujourd'hui des maraudes, la découvre et commence à lui parler, à créer un lien. On lui apporte ainsi des couvertures, un café chaud et de la nourriture. Elle les reconnaît et accepte leurs abords. Par

• Aux Etats-Unis, afin d'éviter ces revirements, certains dispositifs de prise en charge hors les murs font signer à leurs patients des contrats de type Ulysse, comme l'explique Paul Brodwin dans *Everyday Ethics*. Celui-ci permet aux équipes d'intervenir sans le consentement immédiat de la personne mais avec son consentement accordé avant la crise. En effet, le patient, en période de lucidité, lorsqu'il ne délire pas, signe un contrat qui autorise les équipes à intervenir contre son consentement en période de crise. Par ailleurs, une fois signé, ce contrat ne peut plus être rompu. Cela donne à penser, outre l'endroit de la demande, le moment de cette demande ainsi que sa durée.

• En 1979, lorsque les soignants se rendent à l'hôpital psychiatrique pour proposer des logements aux patients, deux d'entre eux refusent quand dix acceptent. C'est sur la base de cette volonté à habiter un logement que ces dix personnes quittent alors l'hôpital.

un soir d'hiver, alors qu'elle est toujours très délirante, l'équipe parvient à la convaincre de les suivre. On l'hospitalise alors avec son consentement. De cette hospitalisation, elle nous dit longtemps après qu'elle a enfin connu le repos, « on l'a nourrie, on l'a réchauffée » dit-elle. Après plusieurs semaines à l'hôpital, son état se stabilise. L'équipe de secteur lui propose alors un appartement au sein de l'association, ce qu'elle accepte. Elle est morte dans son sommeil l'hiver dernier à l'âge de 65 ans, elle vivait toujours dans un appartement sous-loué à l'association. Elle a connu d'autres moments difficiles, mais elle n'a jamais été réhospitalisée, ni vécu à nouveau la rue.

Pour autant, le fonctionnement des équipes de secteur n'étant pas homogène, elles ne sont pas toujours en mesure d'assurer ces maraudes. D'où la naissance des équipes mobiles, dans les années 1990, qui deviennent, en 2005, les équipes mobiles en psychiatrie et précarité. Elles viennent directement poser la question de la non-demande de certaines populations, notamment les plus marginalisées (Anna Przewlocka-Alves et Marie-Françoise Bousard-Lalauze, p124). Il s'agit de faire naître la demande chez l'exclu par la rencontre, ce qui nécessite de laisser de côté le cadre institutionnel habituel et d'élaborer d'autres modes relationnels que l'entretien.

C'est ce deuxième mouvement préalable au déplacement de l'endroit de la demande, le déplacement du lieu de soin, du cadre thérapeutique, qui entraîne un mouvement de la part des équipes soignantes, « l'aller vers ». Si cette pratique de « l'aller vers » existait déjà dans certains secteurs, elle n'était pas généralisée et son absence entraînait un véritable manque institutionnel pour les personnes ne se rendant pas d'elles-mêmes dans les CMP. Pour autant, les EMPP (équipes mobiles en psychiatrie et précarité) et les équipes de secteur doivent pouvoir être interpellées par les autres acteurs locaux de la santé mentale. C'est pourquoi certains secteurs ont choisi de créer des comités de secteur, instances reprises par les pouvoirs publics, qui mettent en place, de manière incitative, des instances locales de concertation et de coordination, les conseils locaux de santé mentale. Ces instances, présidées par les élus et comptant, parmi leurs membres permanents, la psychiatrie de secteur, les services sociaux municipaux et départementaux, des représentants d'usagers, les acteurs médico-sociaux, les associations, deviennent, par la loi de modernisation de la santé de 2016, les nouvelles chevilles ouvrières de la santé mentale. Les citoyens, les bailleurs, l'Éducation nationale ou divers acteurs municipaux peuvent interpellier les conseils locaux de santé mentale et présenter des situations critiques, qui seront évoquées lors de réunions d'évaluation de situations d'adultes en difficulté, ce que l'on appelle les Résad, en Île-de-France. Tous les acteurs en présence réfléchissent alors aux moyens que l'on peut mettre en place pour améliorer la situation de la personne.

Marcel Martin, âgé de 45 ans, vit dans les parties communes d'un immeuble. Il est psychotique et présente une forte addiction à l'alcool. Le bailleur social est à bout, les nuisances dues à sa présence dans les escaliers provoquent d'importants conflits de voisinage. Il interpelle alors le CLSM et demande à présenter sa situation à la Résad. La psychiatrie de secteur connaît cet homme, mais celui-ci présentant une forte addiction, il n'est pas pris en charge par elle. D'autres acteurs interviennent sur la situation, un Caarud [centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques] et un Csapa [centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie], qui participent alors à la Résad. M. Martin a été mis au courant de cette réunion et a donné son accord, ce qui permet que sa situation soit évoquée nominativement. Durant la Résad, chacun évoque cet homme sur les aspects qu'il connaît. La réunion se clôt sur quelques préconisations : une aide de la psychiatrie au bailleur, un travail des équipes sociales pour l'emmener vers une solution d'hébergement et l'intervention de l'EMPP pour l'emmener vers le soin.

Cette Résad a permis d'éviter que certaines institutions ne se dé-faussent de leurs responsabilités. Le refus d'« aller vers » de la psychiatrie, par exemple, n'est plus tenable. Le CLSM, présidé par les élus locaux, l'enjoint de prendre une part active dans la prise en charge de cet homme. Autre intérêt, également, l'échange entre tous sur une situation. En effet, cette réunion pluridisciplinaire a pour ambition de créer une culture commune entre ses différents membres. En revanche, il est important de s'intéresser aux enjeux de pouvoir entre les différents membres de la Résad. De la même façon, il ne faut pas se fourvoyer sur son rôle, qui est d'améliorer la situation de la personne.

- Faire émerger la demande de soins : dans le logement diffus

Mais toutes les personnes souffrant de troubles psychiques ne vivent pas à la rue ou dans des structures, même éclatées. Qu'en est-il des personnes vivant dans leur propre appartement de droit commun ou dans celui d'un parent ? C'est là une réelle problématique de prise en charge. Comment faire parvenir la situation de la personne dans son domicile aux soignants (équipe de secteur psychiatrique, équipe médico-sociale) ? L'incitation à la création des conseils locaux de santé mentale tente de répondre en partie à cette question par des commissions de logement et la coordination. Mais outre les CLSM, un autre maillon de prise en charge a émergé, précisément de ce besoin : des acteurs allant vers les personnes ayant un logement.

- Une équipe mobile chez les bailleurs sociaux

En 2014, une équipe mobile associative • a été créée à Paris pour répondre à ce besoin. Elle prend en charge psychiquement cette non-demande au domicile des personnes elles-mêmes. Cette équipe, composée de psychologues, est missionnée par des bailleurs sociaux d'Île-de-France pour évaluer, orienter et accompagner des personnes vivant des situations psycho-sociales complexes. Elle suit alors des locataires présentant des symptômes bruyants, des troubles bruyants : troubles du voisinage, non-respect de la jouissance paisible du voisinage, agressions, ou alors, une importante dette. Après un repérage de la situation par le bailleur, ou plutôt, une tentative de sa part de déterminer le caractère psychique du problème, sans en avoir forcément les compétences, l'équipe mobile se rend au domicile de la personne afin d'amorcer une relation avec elle et de l'orienter, si possible, vers les structures de droit commun locales. Il s'agit, par la relation engagée avec le locataire, de faire naître chez lui une demande de soin. L'équipe mobile suit trois femmes : grand-mère, mère et petite fille vivant dans un logement social parisien. Elles lui ont été adressées par le bailleur du fait d'une forte incurie dans le logement et de tapage régulier. Cette situation est connue de la psychiatrie publique et des services sociaux. Elles sont toutes les trois sous protection juridique. Mais cette situation est complexe, évidemment, mêlant d'importants problèmes sociaux et psychiques. Le travail de l'équipe est long et périlleux, car aucune demande de soins n'émane d'elles. Il s'agit de se rendre à domicile, de créer une relation qui puisse, d'une part, élaborer un travail clinique thérapeutique et d'autre part, par la relation de soin, faire émerger une demande pour les emmener vers le soin car, comme les équipes mobiles en psychiatrie et précarité, si elle met en place une « thérapie sans divan » (*Racamier*), l'équipe mobile Aurore est une interface entre les personnes et les équipes soignantes alentour, même si elle ne parvient pas toujours à transférer la situation vers une nouvelle équipe soignante. L'équipe doit en outre tenter de résoudre le paradoxe de l'institutionnalisation du care, dans lequel elle se trouve radicalement. Les attentes institutionnelles entrent en contradiction avec l'attention singulière exigée par le care. C'est ce que vit cette équipe mobile, prise entre le bailleur qui cherche à résoudre un désordre locatif et un locataire en souffrance psychique. Une part non négligeable de son travail est donc de décaler la demande du bailleur et de l'orienter davantage vers le care.

—
• La première année, cette équipe mobile a eu un financement dans le cadre de l'AAP « 10000 Logements accompagnés »

- Conclusion

Il y a donc eu, en l'espace de quatre-vingts ans, un déplacement à la fois du lieu de soin et de l'endroit de la demande de soin. Mais on voit aussi à l'œuvre un troisième mouvement : le déplacement que connaît la gestion du soin. Les agents de prise en charge comme les bailleurs – je reprends l'idée de Goffman des agents d'internement et je parle d'agents de prise en charge – sont en passe de devenir ceux qui permettent la gestion des soins et partant, ceux qui organisent les prises en charge et choisissent celles qui prévalent. En effet, si l'on regarde ce qui est aujourd'hui laissé à la charge des bailleurs sociaux, par exemple, ces mêmes bailleurs accusés hier d'être paternalistes et normatifs, on remarque qu'ils s'organisent pour pouvoir prendre en charge, dans les parcs locatifs, les difficultés liées à la santé mentale. Ils recherchent des acteurs sociaux ou sanitaires susceptibles de prendre en charge la santé mentale de leurs locataires et ils financent des prises en charge. Ils choisissent parmi une palette d'acteurs ceux qu'ils pensent les plus à même de répondre à leurs besoins que restent l'organisation de la jouissance paisible du logement pour le plus grand nombre et le paiement des loyers. Ils financent donc, en fonction de leurs moyens, de leurs attentes, de leur culture, de leurs croyances, des actions innovantes telles que l'équipe mobile associative dont nous avons parlé mais également, des équipes éducatives basées sur le rétablissement.

Il faut donc s'interroger sur les nouveaux acteurs gestionnaires de la santé mentale, avant entre les mains des soignants de secteur, qui inventaient toutes sortes de dispositifs qui étaient financés par la santé publique. L'innovation est aujourd'hui entre les mains des acteurs privés comme les associatifs ou les bailleurs, qui deviennent finalement les financeurs de la santé mentale dans la cité.

Merci.

Applaudissements

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

L'ENDROIT DE LA DEMANDE, LE LIEU DE SOIN ET SON ORGANISATION

Anne Quintin

Doctorante en Sociologie
Université Paris Descartes – Cermes3
Cheffe de service – Equipe Mobile Aurore

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- L'endroit de la demande : un peu d'histoire
 - L'asile : une prise en charge sous contrainte, placements volontaires ou placements d'office
 - L'hôpital psychiatrique : des hospitalisations d'office qui deviennent minoritaires
 - Les soins ambulatoires et « l'aller vers » : une demande de soins à faire advenir

ANNE QUINTIN - DOCTORANTE EN SOCIOLOGIE - CERMES3 - EQUIPE MOBILE AURORE

2

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- La demande de soins du patient : évolution des règles en vigueur
 - Avant 1968, comme l'explique Benoit Eyraud dans *Protéger et rendre capable*, la contrainte comme la mise sous tutelle n'existent que dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique - Elles ne concernent, en effet, pas les « services libres » qui apparaissent dans les années 1930
 - une nouvelle loi organisant la tutelle aux prestations sociales est votée en 1966, puis une réforme des régimes d'incapacité est promulguée en 1968
 - les lois de 1990 puis de 2002 viennent enfin réformer la loi de 1838 et ainsi les modalités de l'internement
 - la circulaire de 2005 encadre les équipes mobiles psychiatrie-précarité, interface entre les personnes exclues et les services de soins publics (Jean-Pierre Martin, p9/13)
 - la loi de 2007 reconnaît légalement la protection de la personne
 - et enfin la loi de 2011, réaffirme le droit des personnes hospitalisation

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- Les logements associatifs :
 - Des logements loués par les équipes psychiatriques de secteur qui les sous-louent ensuite à leurs patients
 - Elles apparaissent pour une large part dans les années 1980
 - Parallèles, créée par une association de secteur en Île-de-France, naît en 1979
 - Elles s'occupent à la fois de la gestion locative adaptée et des soins psychiques des locataires
 - Elle compte aujourd'hui 25 logements et 35 locataires, suivis par l'équipe soignante du CMP

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- La demande de soins du patient : d'agent d'internement (intermédiaires) au patient lui-même
 - En effet seuls 5,4% des hospitalisations se font sans le consentement des personnes (Coldefy, 2017)
 - Il faut souligner toutefois une augmentation très forte depuis 2006 du recours aux hospitalisations sans consentement (Coldefy, 2017)

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- La demande de soins dans les logements associatifs :
 - Déplacement de la demande de soins
 - Une modalité de la prise en charge : la relation de soins est le soin
 - « Aller vers » : des visites à domicile de la part des soignants autant pour « apprendre » les gestes du quotidien que pour veiller au bien-être des personnes
 - Réactualiser en permanence la demande de soins des personnes

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- La demande de soins du patient : l'exemple Américain (Paul Brodwin, *Everyday Ethics*)
 - Le contrat Ulysse : le patient accepte de signer un contrat qui permet aux équipes de soins d'intervenir sans son consentement en cas de crise
 - Un consentement qui ne réinterroge pas

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- Faire émerger la demande de soins : coordonner les différents acteurs de la santé mentale
 - La loi de modernisation de la santé de 2016 : inciter à créer des instances de concertation et de coordination localement
 - Le RESAD : réseau d'évaluation des situations d'adultes en difficulté
 - La RESAD: réunion d'évaluation se tenant tout les mois dans les CLSM

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- Faire émerger la demande de soins : « élaborer d'autres modes relationnels que l'entretien » (Jean-Pierre Martin)
 - Développer « l'aller vers » : aller là où se trouve la personne pour faire émerger la demande de soins
 - Dans les logements associatifs : des personnes déjà soignées prise en charge par les équipes de secteur ou des maraudes pour faire émerger une demande de soins pour ceux qui ne demandent rien
 - Des équipes mobiles psychiatrie-précarité : pour faire émerger une demande de soins pour les exclus

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- Faire émerger la demande de soins : coordonner les différents acteurs de la santé mentale
 - Le Conseil local de santé mentale :
 - Présidé par les élus locaux
 - Réuni la psychiatrie de secteur (de l'unité d'hospitalisation en passant par le CMP et l'EMPP), les services sociaux départementaux et communaux, les représentants des usagers, etc.
 - Permet la création d'une culture commune entre les différents acteurs
 - Point de vigilance : des enjeux de pouvoir en son sein. Perte de pouvoir de la psychiatrie, contrôle des pouvoirs publics, reconfiguration de la prise en charge de la santé mentale, longtemps l'apanage de la seule psychiatrie

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- Faire émerger la demande de soins : dans le logement social
 - Le RESAD : il permet de faire le lien entre les bailleurs sociaux et les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales
 - Un dispositif « innovant » : l'équipe mobile Aurore – des psychologues missionnés par des bailleurs sociaux d'Île-de-France pour suivre des situations « psychosociales » (Furtos) complexes

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- Un triple mouvement :
 - Le lieu de la prise en charge : de l'asile au domicile des personnes en passant par des centres ambulatoires et même la rue
 - L'endroit de la demande : d'un tiers au patient
 - L'organisation de prise en charge : du médecin administrateur au bailleur qui loge aujourd'hui les problèmes de santé mentale

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

- Faire émerger la demande de soins : l'équipe mobile Aurore
 - Ses pratiques : des VAD
 - Une reconnaissance narcissique : « des actes réparateurs qui font réparation narcissique » (Jean-Pierre Martin)
 - Une écoute clinique et thérapeutique
 - Analyse de la relation avec le locataire et de ses effets
 - Un paradoxe radical :
 - L'institutionnalisation du care (Luca Pattaroni, 2006)

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN MOUVEMENT

Merci de votre attention

anne.quintin@outlook.fr

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

« Riva Gherchanoc

Merci. Avant de vous passer la parole, j'ai une question, car vous êtes deux professionnels à nous avoir parlé du *care*. J'aimerais que vous développiez cette notion et la raison de ce nouveau vocabulaire.

Il est difficile de faire le lien entre toutes vos interventions à brûle-pourpoint, mais ce qui m'intéresse aussi, c'est ce que vous disiez, Monsieur : à la rue, il y a plus de place qu'à l'hôpital et pourtant, ce n'est pas la rue qui les a rendus malades. En même temps, nous avons beaucoup parlé de précarité, de gens qui vivaient sous le seuil de pauvreté. Si ce n'est pas la rue qui les rend malades, on peut dire, en tout cas, que la précarité peut aggraver leur situation. Est-ce qu'il suffit d'être pauvre ou précaire pour être malade et est-ce que les riches sont forcément bien-portants ? Je vous pose la question à vous tous. Vous verrez comment vous y répondrez. La question est intéressante, parce que vous disiez, au début : comment les personnes arrivent-elles jusqu'à nous ? pour ensuite savoir, vous, comment chacun, dans vos fonctions, vous allez mieux vers ces personnes pour faire néanmoins avec elles. Ce qui interroge, au-delà des questions de discrimination, ce sont tous ces non-demandeurs de soin. Or quand on n'est pas dans la demande, on ne fait pas valoir ses droits, et la personne qui est en souffrance psychique est avant tout un citoyen. C'est la question de faire valoir ses droits. C'est donc plus compliqué.

Je passe sur la question du financement, mais je compte sur l'agence régionale de santé et l'ensemble des services déconcentrés pour dire que l'on ne peut pas faire mieux avec moins. À un moment donné, c'est une réalité, et il faut que vous fassiez remonter cela jusqu'au ministère, même si nous, les élus, nous n'arrêtons pas. Comme les élus locaux sont mis à mal, il faut le faire remonter au niveau du ministère. Je ne sais pas si Mme Buzyn aura quelque chose à nous dire à la fin de cette journée. On me dit qu'elle ne viendra pas. Le problème est donc réglé. Je compte sur vous pour lui dire tout ce qui s'est dit au cours de ces deux journées.

« Une participante dans la salle

La pauvre... !

« Riva Gherchanoc

Non, pas « la pauvre ». Il faut aussi qu'elle prenne ses responsabilités et c'est bien d'avoir les ministres de temps en temps pour les interpeller directement et qu'ils écoutent la parole de ceux qui sont sur le terrain au quotidien.

Au sujet du *care*, vous étiez deux à en parler, je crois.

« Anne Quintin

Je crois qu'il n'y a que moi qui ai parlé du *care*. J'entends *care* comme prendre soin et soigner. On sépare souvent le *care* et le *cure* et moi, j'aimerais les rassembler. Je n'ai pas eu le temps de préciser exactement, mais je vais vous donner un peu la définition que je donne du soin : c'est prendre soin et soigner, d'un point de vue sanitaire, d'un point de vue psychique, d'un point de vue éducatif, etc. Aujourd'hui, en santé mentale, puisque la santé mentale c'est extrêmement large et que cela dépasse la psychiatrie, que cela dépasse le sanitaire, je voulais, par cette notion, englober tout aussi bien le travail éducatif des travailleurs sociaux, tout ce que font les assistantes sociales, etc., tout ce qui finalement, dans un problème psychique, concerne aussi bien la dimension sociale que la dimension sanitaire et la dimension psychique d'une personne. Le soin se trouve à tous les endroits. *Care* est un terme qui a une histoire sociologique qui peut être rattachée au féminisme, mais je voulais le sortir de cette sphère, tout en lui gardant cette notion du « prendre soin », vraiment. Et même si je veux sortir de cette sphère féministe, le *care* représente toujours beaucoup de femmes. On le voit même aujourd'hui. Je garde donc cette notion.

« Riva Gherchanoc

Est-ce que vous voulez compléter sur la question des non-demandeurs ? Et est-ce que les riches se portent mieux ou est-ce parce qu'il est plus facile de leur apporter du soin ? Vous, vous avez dit : vous les accueillez parce qu'ils sont pauvres. Vous, vous avez parlé de ces non-demandeurs et vous, vous dites qu'à la rue il y a plus de place qu'à l'hôpital.

« Bruno Voyer

J'ai dit qu'il y a eu un rapport Samenta en 2009, il faut que chacun l'ait en tête, qui disait qu'à la rue, il y avait entre 35 et 40% de malades psychiques, et c'est évident. Et quand je dis que ce n'est pas la rue qui les a rendus malades, ils étaient très fragilisés et ils sont tombés à la rue. Par contre, la rue fait souffrir et la rue aggrave terriblement. Ma réponse, par rapport à cela, c'est que quand la souffrance psychique arrive dans une famille, on n'y comprend rien. On n'a pas du tout été éduqué pour cela, et cela déstabilise tout, y compris toute la fratrie. Tout le monde. On se trouve en face de la psychiatrie, qui est très prudente. Je pense qu'aujourd'hui, il y a un énorme travail de la psychiatrie en cours pour informer les familles sur ce type de maladies. Je disais aux médecins qu'à l'Unafam, il y a 10% de gens qui entrent chaque année. Vous me direz : combien êtes-vous à l'Unafam ? Nous sommes 15 000. C'est nul. Ayez cela en tête : c'est nul, 15 000 adhérents, quand vous comparez le drame de la maladie mentale. Mais ce que l'on oublie de dire, c'est qu'il y en a 10% qui ressortent la même année. Pourquoi les gens sont-ils venus à l'Unafam ? Pour s'informer. Une fois qu'ils sont informés, ils repartent. Je disais aux docteurs, ce matin, que ce qui serait quand même bien, ce serait qu'ils viennent, qu'ils restent et qu'ils fassent comme à l'Unapei, même s'ils sont plus âgés, parce que les familles de l'Unafam sont plus âgées. La famille peut souvent être dans le déni de la maladie et dire que tout ira bien plus tard, mais avec le vieillissement, il est difficile d'avancer, notamment sur les structures. C'est pour cela que le travail que nous menons actuellement avec la psychiatrie est clé, parce que les choses sont en train de se renverser. Voilà ce que je voulais dire.

« Sylvie Emsellem

Ce que l'on peut dire sur « l'aller vers », sur la question que vous nous posez sur les personnes et leur demande : même s'il y a une évolution, et c'est ce que vous présentiez – c'est-à-dire que l'on va vers, que l'on sait qu'il y a des gens qui ont des besoins et que ce n'est pas parce qu'ils ne demandent pas, qu'ils ne les expriment pas qu'ils n'en ont pas –, nous sommes quand même dans un schéma, qui a certes tendance à évoluer, on peut trouver des points positifs, où l'on est dans l'idée de ce fameux service de droit commun. L'expression « droit commun » m'interroge toujours, comme s'il y avait une partie des choses qui n'était pas recouverte par le droit commun. On attend que les gens viennent vers nous pour exprimer une demande. On va au CCAS faire une demande de ceci, de cela...

On est quand même dans ce schéma, dans cette histoire-là, et malgré les évolutions, dans un certain nombre d'initiatives d'« aller vers », il y a quand même une marge de progrès. Il faut renverser les représentations de chacun d'entre nous, ce n'est pas parce que l'on a besoin de quelque chose que l'on va le demander et que cette demande doit s'exprimer en allant vers les personnes et si elles le souhaitent, si elles le choisissent.

S'agissant de la pauvreté, je ne suis pas spécialiste. Je ne parle que par rapport à un point de vue que j'ai. L'idée que j'avais de montrer les facteurs explicatifs de la présence de ces personnes dans le logement accompagné, c'est que forcément, d'où l'on parle, on a toujours une approche parcellaire. Ils sont là parce qu'ils sont en souffrance psychique, ils sont là parce qu'ils sont immigrés, ils sont là parce qu'ils sont pauvres... , sauf que cela s'intrique, que cela s'articule. Cela ne se cumule pas toujours, mais aujourd'hui, nous sommes dans une société, même par rapport aux professionnels, où l'on nous demande plus, avec de plus en plus de situations de pauvreté, avec une perte de sens, on le voit bien avec les souffrances psycho-sociales au travail. Dès lors, il est difficile de trouver du sens dans ce que l'on fait. Et cela peut te rendre un peu fou, parfois.

« Riva Gherchanoc

Et pour la pauvreté ?

« Laure Zeltner

Le trouble mental, qu'il touche les pauvres ou les riches, est une déflagration pour la personne, pour sa famille, pour ses amis, pour ses collègues de travail. C'est la première chose. Dans le fond, que l'on soit pauvre ou riche, c'est problématique. Ce qui est de bon pronostic, quand il y a cette déflagration, c'est le réseau de cette personne. Qu'elle soit pauvre ou riche, si elle est seule au monde, cela devient encore plus complexe, parce que qui va porter attention à elle ? Qui va aller dire à un autre que cette personne va mal ? Qui va aller voir le médecin généraliste, l'amener aux urgences ? Du côté des gens riches, on peut trouver de vraies pauvretés relationnelles, comme du côté des gens pauvres. J'interviens dans les Yvelines. Vous connaissez ces villes de nom mais il y a Trappes, qui est une ville mixte en termes de population, on pourrait dire pauvre, à dominante d'immigrés ou d'issus d'immigrés, et puis nous avons Versailles, la très belle Versailles. La folie versaillaise et la folie trappiste n'est pas la même

et la manière de prendre soin non plus. La famille de Trappes est souvent nombreuse, va demander à de nombreux endroits, a parfois des demandes chaotiques, réitérées tous azimuts. Je ne veux pas stigmatiser, mais on a du mal à se repérer, on essaie de chercher qui est le chef dans cette famille, on a du mal à distinguer. Il vaut mieux leur demander que de partir de nos propres représentations. En tout cas, il y a des ressources mobilisables, familiales, nombreuses. Et même si c'est compliqué à ordonner, c'est riche : riche du côté de la famille, riche du côté du lien social, riche du côté des associations présentes, sur lesquelles nous pouvons nous appuyer.

À Versailles, c'est plus compliqué. Je ne veux pas non plus les stigmatiser, mais il y a la honte de la maladie, il y a ses voisins : il ne faut pas qu'ils sachent. Ces familles vont être isolées, ne pas en parler à leurs proches. Quand on leur demande s'ils pourraient faire appel à d'autres, ils disent : « à qui ? » Nous essayons d'investiguer du côté de leur famille. « Mais je ne peux pas aller raconter cela, enfin ! » Il y a une forme de solitude. Peut-être que dans ces familles-là, la question de l'autonomie est beaucoup plus inscrite dans l'idée d'une responsabilité qui doit être portée par un seul.

En même temps, c'est à gros traits : il y a des familles extrêmement humbles, capables de se mobiliser, de travailler à nos côtés dans l'une et l'autre communauté. Mais quand on est malade, qu'il y a des comorbidités addictives et que l'on n'a plus d'argent, plus d'amis, cela devient vraiment compliqué.

🔊 Riva Gherchanoc

J'ai forcé le trait un peu volontairement, mais c'était pour que ces choses soient dites.

🔊 Jean-Luc Roelandt,

directeur du Centre collaborateur de l'OMS

J'apporte une petite précision au sujet de la précarité et de la pauvreté. Les troubles psychiques, c'est beaucoup plus quand vous êtes très pauvre, et partout dans le monde. Effectivement, les riches ont aussi des troubles, et heureusement ce n'est pas l'apanage des personnes précaires, mais quand vous êtes en situation de grande précarité, c'est sans commune mesure. Il faut arrêter de dire que c'est la même situation pour tous les français. C'est vraiment différent.

Par ailleurs, le problème n'est pas la psychiatrie, en tout cas celui des lits de psychiatrie. Nous sommes parmi les pays qui ont le plus de lits en

Europe, actuellement. Avec Les Belges, qui font des efforts pour les diminuer. On n'arrête pas de se plaindre du fait qu'il n'y a pas de lits. C'est une vraie catastrophe que le nombre de lits trop élevé, en France. Une grande partie des moyens financiers est happée par les hôpitaux et les lits alors que les citoyens ayant des troubles psychiques vivent pour 98% d'entre eux en ville, hors hôpital. Le problème, c'est qu'il y a des sans abri, des gens qui ne sont pas suivis, à qui l'on n'offre pas de soins. Mais je pense que c'est une anomalie de penser que l'on pourra faire les deux, c'est-à-dire avoir une institution qui continue à maintenir les gens dans un système où ils perdent leurs compétences – parce qu'il faut bien le dire : quand ils sont trop longtemps à l'hôpital, ils perdent nettement leurs compétences à l'autonomie –, et avoir les services de soins et d'accompagnement suffisants en ville. Et faire les deux, c'est une perte de chance pour les citoyens. Il faudra un jour qu'un gouvernement prenne la décision, ou les ARS, d'appliquer enfin les textes de la sectorisation de 1960 : l'hôpital doit être l'alternative aux soins dans la cité et non l'inverse.

Merci.

👏 Applaudissements

🔊 Émeric Blondeau,

coordonnateur du CLSM de Paris Centre, attaché d'administration hospitalière, Paris/ DASES – EPSM Maison blanche

Je voudrais poser une question qui fait le lien entre plusieurs interventions, notamment sur la proposition de l'Unafam de mutualiser la prestation de compensation du handicap. Comment pourrait-on faciliter ces dispositifs de mutualisation de la PCH et comment pourrait-on la réinvestir sur des résidences accueil ? Pourrions-nous avoir des précisions sur le financement des résidences accueil, notamment pour la partie relative à l'accompagnement individualisé ? Pourrait-on utiliser cette mutualisation de PCH pour de l'accompagnement individualisé en résidence accueil ou en résidence sociale pour que les personnes puissent s'organiser avec cette PCH pour faire venir des hôtes ou des services plus spécialisés ?

🔊 Véronique Marciquet,

consultante chez Panama Conseil

On voit de plus en plus souvent, sur les territoires, même si ce n'est pas partout, des équipes mobiles en psychiatrie et précarité, mais on voit beaucoup moins souvent des équipes mobiles pluridisciplinaires plus

larges, incluant notamment l'addictologie. Il y a des équipes mobiles en addictologie, il y a des équipes mobiles en psychiatrie, mais rarement des gens qui tournent en même temps. Et je constate, sur certains territoires, que l'on a pour des personnes à la rue, x passages, entre les équipes de prévention, les maraudes sociales, caritatives, l'équipe mobile de ceci, l'équipe mobile de cela, des sollicitations réitérées. Je me demandais quels étaient les obstacles, quels étaient les freins, comment l'on identifiait cette difficulté d'avoir des équipes mobiles plus largement pluridisciplinaires qui croisent les problématiques dont nous parlons depuis deux jours, notamment celles sur lesquelles le « Un chez-soi d'abord » nous a clairement alertés.

🔊 Riva Gherchanoc

J'ajoute une question à la vôtre : est-ce que la difficulté de mettre en place des équipes pluridisciplinaires provient, non pas du fait que les professionnels n'ont pas envie de se mélanger, mais du fait qu'à la base, la demande des financements est compartimentée, ce qui ne permet pas, à la fin, d'œuvrer à cette pluridisciplinarité ? Je ne le sais pas. Je pose la question.

🔊 Laurent El Ghozi

Merci, Riva, j'ai trouvé ces quatre présentations absolument passionnantes. On aurait besoin de parvenir non pas à faire une synthèse, mais à mixer un peu tout cela. Je vais poser quelques questions ponctuelles qui sont le contraire de cette réflexion nécessaire..

Au sujet des équipes mobiles, je rappelle, et cela va un peu dans le sens de ce que vient de dire Jean-Luc Roelandt, que la mission du secteur, c'est la responsabilité globale de la santé mentale, de la prévention à la réhabilitation, de toute la population vivant sur un secteur géographique. C'est la définition du secteur, une responsabilité populationnelle globale. Par conséquent, les SDF, les vieux, les CHRS [centres d'hébergement et de réadaptation sociale], les CHU [centres d'hébergement d'urgence], tout cela fait partie de la population vivant sur le territoire du secteur, et l'on voit mal pourquoi il y a besoin de créer des équipes mobiles mais surtout, de financer des équipes mobiles. C'est clairement à l'hôpital psychiatrique, au secteur, de dégager des moyens pour aller là où sont les gens. Et si les gens sont dans la rue, ce n'est pas la faute du secteur,

ce n'est pas la faute des psychiatres, certes, mais ils sont dans la rue et la responsabilité du secteur, c'est d'aller les soigner là où ils sont, encore une fois. Et quand j'entends qu'il y a des psychiatres qui ne font que de la rue ou que de l'équipe mobile et que dès lors, ils sont assez vite débordés, saturés, et qu'ils ont envie de faire venir les gens dans des locaux fixes, avec des conditions de confort, de fonctionnement normal, je me dis qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas. C'est à tous les psychiatres du secteur d'être alternativement dans des locaux chauffés derrière leur bureau et dans une équipe mobile, dans un camion, dans un bidonville, même si je n'ai pas encore vu beaucoup de psychiatres dans les bidonvilles... C'est pour moi une vraie question, qui pose aussi la question du financement et la question du déplacement du financement des lits hospitaliers – je rejoins ce que dit Jean-Luc – vers le soin là où sont les patients qui ont besoin de soins. Je pense vraiment qu'il faut que nous nous attachions à penser cela plutôt que de dire qu'il faut toujours des financements supplémentaires pour faire des choses que l'on devrait faire avec les financements que l'on a. Il y a là quelque chose qui ne colle pas.

J'ai un deuxième questionnement. Quand j'entends dire que dans les CLSM, il y a des enjeux de pouvoir voire un risque de contrôle par les pouvoirs publics, je voudrais bien savoir ce que cela veut dire, parce que s'il y a le sentiment que les CLSM entraînent des enjeux de pouvoir – certes, chaque fois qu'il y a des hommes, et parfois des femmes, il y a des enjeux de pouvoir –, entraînent un contrôle par les pouvoirs publics, pour moi, il y a un contresens. Il y a quelque chose qui ne fonctionne pas. Le CLSM est d'abord un lieu de partage, un espace de démocratie.

Ma troisième remarque est extrêmement ponctuelle. La RESAD, c'est le nom des commissions des situations psycho-sociales complexes dans certaines villes. Ce n'est pas un nom générique. Cela peut porter mille autres noms.

Plus généralement, s'il y a un déplacement des personnes ayant besoin de soins psychiatriques de l'asile – où c'est relativement contraint, clos et où l'on peut avoir une prise en charge globale même si elle est enfermante – à la cité – où l'on est plus libre et donc moins contrôlable – voire à la rue – où l'on est totalement libre et totalement incontrôlable –, il faut bien que le soin, dans ses deux dimensions, la dimension sociale d'« aller vers », d'accompagnement, de lien, et le soin psychiatrique ou somatique, le soin médical proprement dit, donc le *care* et le *cure*, il faut bien que cela se déplace là où sont les gens. La difficulté vient simplement du fait que les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres, en l'occurrence – ce n'est pas pour les stigmatiser : c'est vrai aussi pour les médecins –, ne se sont

pas déplacés pour suivre les gens là ils sont aujourd'hui. Je reprends cette phrase de Daumézon, que j'aime beaucoup : « il faut que les psychiatres passent de leur position d'abbé mitré en leur monastère à un statut de moine mendiant dans la rue ». Cela date de 1960.

« Emmanuelle Provost,

coordinatrice du Conseil intercommunal de santé, santé mentale et citoyenneté, association des villes d'Hellemmes, Faches-Thumesnil, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul, Ronchin et de l'EPSM Lille Métropole

Je coordonne un conseil local de santé mentale dans la banlieue sud-est de Lille. J'ai quelques réflexions sur la question de la PCH. Je vous invite à vous rapprocher de l'association « Ensemble autrement » qui travaille dans le Nord et qui a justement un système de mutualisation des PCH. Ils ont un projet d'habitat partagé entre personnes qui sont bénéficiaires de la PCH et cela leur permet de mutualiser leurs ressources afin qu'une personne puisse accompagner les colocataires dans le logement partagé. Cette initiative existe et je pense que l'association pourra tout à fait vous renseigner sur les modalités.

Il y avait aussi une réflexion sur le fait d'avoir des équipes mobiles pluridisciplinaires, notamment en addiction et santé mentale. Je pense que c'est une question qui est posée plus largement, dans le sens où les thématiques de santé mentale et d'addiction, c'est toujours un peu le jeu de l'œuf ou de la poule. Ce n'est pas seulement en termes d'équipe mobile pluridisciplinaire que la question se pose. C'est aussi dans l'accès aux soins ou l'accès à l'accompagnement quand une personne peut être étiquetée avec des troubles de santé mentale ou d'addiction. Cette difficulté est assez générale. Certains y travaillent et développent des façons de concevoir des réponses pluridisciplinaires.

Enfin, s'agissant des équipes mobiles plus généralement, il ne faut pas oublier que les personnes sans domicile fixe sont aussi des personnes qui sont très mobiles et qui, souvent, ne connaissent pas les frontières administratives et théoriques du secteur. Elles se baladent et dès lors, les équipes doivent elles aussi se balader. Certains EPSM mettent aussi à disposition des professionnels dans les équipes de précarité et santé mentale. Cela ne suppose pas forcément un financement supplémentaire que d'avoir une mise à disposition de professionnels avec des établissements qui acceptent la mobilité.

« Hugues Lepoivre,

chargé de mission, service de la santé publique et du handicap de la ville de Marseille

Je vais prolonger la question sur la mutualisation des PCH, des plans de compensation du handicap. Je vais témoigner de la difficulté d'articuler les politiques de santé, de santé mentale, et les politiques de handicap. Au-delà la mutualisation de la PCH, il y a d'autres enjeux qui sont très forts dans le domaine du handicap, en ce moment, liés à tout le dispositif de réponses accompagnées pour tous. Marie-Sophie Desaulle est venue la semaine dernière pour présenter l'avancement de ce dossier à Marseille. Il y a des choses vraiment très intéressantes qui concernent beaucoup le handicap psychique. Il me semble qu'il y a une vraie difficulté à articuler ce qui se passe dans le domaine de la santé mentale et ce qui se passe dans le domaine du handicap et pourtant, il y a une vraie richesse de ce côté-là. Je trouve qu'il serait vraiment intéressant de mieux articuler les deux. Je lance un petit appel au secours : est-ce que quelqu'un sait s'il y a des choses qui se font pour ce qui est pensé du côté du handicap, notamment en termes de réponses accompagnées pour tous et de plan d'accompagnement global, soit vraiment relayé du côté de la psychiatrie, de la santé mentale en général ?

« Une participante,

assistante sociale en CMP pour adultes

J'avais une question pour M. Voyer. Pour commencer, je vous remercie d'avoir un peu réconcilié l'Unafam et les soignants en psychiatrie, parce que cela a été compliqué pendant très longtemps. J'ai le sentiment qu'aujourd'hui, cela se passe beaucoup mieux et que nous nous comprenons mieux les uns et les autres. Je suis assistante sociale coordinatrice en psychiatrie. Je travaille particulièrement dans un CMP adultes. Vous avez parlé tout à l'heure d'insécurité alimentaire, d'épicerie solidaire, de banque alimentaire. J'ai cru comprendre que vous préconisiez quelque chose de nouveau, mais je n'ai pas tout à fait compris ce que vous souhaitiez faire.

« Bruno Voyer

Il me paraît évident qu'aujourd'hui, la psychiatrie est complètement informée que si les familles se retirent, c'est dramatique. Les psychiatres le savent. Le soutien des familles est clé, aujourd'hui. Nous avons parlé de ces clés. C'est riche.

S'agissant de l'alimentaire, chaque fois que je me suis relancé un nouveau défi, c'est parce que quelque chose m'a choqué. Je vois le drame. Ce n'est pas nouveau. Ce qui est nouveau, à Nanterre, c'est que le CCAS, conscient de ce drame de l'insécurité alimentaire, a souhaité coordonner le Secours populaire, le Secours catholique, la Croix-Rouge et pourquoi pas, les Restos du cœur. Les Restos du cœur font une grande distribution, avec un accompagnement plus restreint. J'ai fait un parallèle avec le logement en me disant que la Banque alimentaire, pour l'alimentation, ce sont les HLM. Le souci majeur des CMP et du CCAS, en l'occurrence c'est celui du CCAS, est toutes les associations qu'il faut faire travailler ensemble, aussi bien de familles que d'usagers, pour l'alimentaire, ce sont toutes les autres qui se démènent seules, ce qui est idiot. Autant fédérer les affaires. C'est la réflexion que je me suis faite avant de venir.

Pour revenir sur le fait qu'il faut mutualiser la PCH, aujourd'hui, nous avons au moins 5 000 places en pension de famille, dont 2 500 places en résidence accueil sur cinq ans. C'est la circulaire du 20 avril 2017. Cela veut dire qu'aujourd'hui, on va faire 500 places de résidence accueil par an. Vous vous souvenez des informations que je vous ai données tout à l'heure. Si l'on arrive à s'en sortir et à sortir la PCH pour les handicapés psychiques, si l'on reconnaît que la personne est capable de sortir, de marcher, d'allumer son gaz, se laver, en réalité, les nôtres ne le font pas. Ils savent le faire, mais ils ne le font pas. Chaque fois que l'on remplit la case, on indique que la personne sait le faire, alors qu'en fait, elle ne le fait pas. Si demain, on arrive à mutualiser la PCH, on fera un tabac, parce que l'on va regrouper des gens qui n'ont pas suffisamment de moyens. Je vous entendais parler de familles gouvernantes, avec l'Udaf. Il y a énormément de choses à faire en matière de logement, mais il faut mutualiser les affaires.

«•» **Didier Febvrel,**

médecin-directeur responsable du service de la santé publique et des handicapés de la ville de Marseille

Je suis Didier Febvrel, de sexe masculin, médecin de santé publique, responsable du service de la santé publique de la ville de Marseille et par ailleurs, président d'une association nationale qui s'appelle « Fabrique, territoires, santé ».

Je voudrais me placer du côté de l'enjeu des politiques publiques. A partir du moment où est privilégiée, et à juste titre selon moi, l'individualisation des parcours de soins, il va falloir assumer la singularité de ces parcours. Comment le politique va-t-il gérer et organiser la question

du nombre et de la réponse à tous ? Comment va-t-on gérer la question des appartenances communautaires, des appartenances de territoire, des lieux de vie, pour peu que l'on admette qu'il y ait quand même un certain déterminisme social, ce qui dans les débats actuels, est peut-être remis en question par certains ? Je me dis qu'il y a forcément un enjeu d'observation.

Je le disais hier : pour les CLSM, l'un des enjeux, c'est tout de même l'observation, c'est-à-dire pouvoir recueillir, à partir d'une observation sociologique ou anthropologique, peu importe, et identifier les obstacles et les déterminants récurrents de toutes ces situations individuelles, de façon à dire à la puissance publique, aux associations ou à ceux qui s'organisent, comment l'on va réduire le poids de ces obstacles, de ces déterminants qui sont identifiés.

Autre question : jusqu'où va-t-on sacrifier l'individualisation au profit du plus grand nombre ? Comment ne pas céder à l'utilitarisme pour passer à ce que j'appelle le « convivialisme » ? Comment va-t-on créer ou maintenir des dispositifs pour tous avec un accueil pour chacun ? Et à quelles conditions ? À quelles conditions de ressources, de moyens et de pratiques professionnelles ?

Il y a aussi la question du lien entre les individus et les appartenances communautaires et territoriales. Je parle d'appartenance, mais on parle aussi d'identité. C'est-à-dire que l'on appartient à un territoire, vous l'avez dit avec Versailles et Trappes, mais on peut le dire aussi avec Marseille. Ce n'est pas la même chose d'habiter un territoire et d'en habiter un autre. Vous l'avez dit à juste titre. Dès lors, comment peut-on fabriquer des territoires et des lieux, et à quelle échelle, qui sont favorables à la santé en termes de cadre de vie, d'offre, etc., à partir du moment où il y a des offres qui sont requises avant que l'on en propose d'autres ? Il s'agit bien d'une question d'organisation de territoire, dans ces cas. Dès lors, comment orienter les politiques publiques pour mettre les moyens là où il faut, c'est-à-dire, comme vous l'avez dit, pas dans des lits d'hôpital, mais dans l'organisation de ces territoires, dans la coordination ? Chaque fois, on retombe sur cette question.

Je vous rappelle simplement que du côté des institutions publiques, quelles qu'elles soient, quand on parle de « coordination », souvent, on ne parle pas de concret et l'on dit : « non, ce n'est pas concret, nous voulons une action concrète avec un effet concret », alors que l'animation territoriale et la coordination d'un territoire sont un enjeu essentiel à l'heure actuelle.

« Sylvie Emsellem

Pour répondre à la question sur le financement de la résidence accueil, cela représente 16€ par jour et par personne, pour le financement des deux équivalents temps plein, donc le couple d'hôtes.

S'agissant de la mutualisation de la PCH, il y a peut-être un parallèle à faire, même s'il y a des expériences qui fonctionnent, avec la mutualisation des services d'aide à domicile pour les personnes âgées en résidence sociale. Cela reste local. Cela existe dans certains départements, mais cela fonctionne. Une intervention se fait dans la résidence sociale pour plusieurs résidents. Peut-être faut-il s'inspirer de cette expérience pour la diffuser par rapport à la PCH.

En ce qui concerne ce qui a été dit sur les financements des hôpitaux psychiatriques, sur le fait qu'il faudrait que les psychiatres sortent des murs, je ne suis pas spécialiste de la question psychiatrique, mais j'ai l'impression que pour les personnes qui sont en marge, des personnes qui viennent d'ailleurs, qui sont immigrées, qui sont défavorisées, qui re-questionnent le fonctionnement de notre société, on peut toujours dire, de manière incantatoire et avec de la bonne volonté que si les services publics fonctionnaient, il n'y aurait pas besoin d'EMPP, puisque les gens iraient et que les services publics se déplaceraient. Pour ma part, j'ai un peu fait le deuil de cela, de l'universalisme et du particularisme, qui me taraudaient pendant longtemps sur la question de l'immigration. Mais on ne va pas quand même faire des services spécifiques pour les immigrés. Il n'y a peut-être pas de services spécifiques à faire pour des personnes qui sont un peu en marge mais en tout cas, j'ai l'impression que dans le fonctionnement, et la réalité est tenace, les services publics n'iront pas vers et qu'il faut ces espèces de fonctions d'interface, de coordination, et qu'elles doivent être financées. Je pense qu'effectivement, il faut une coordination au niveau territorial sur les ressources d'un territoire, qui varient selon où l'on est, mais il y a aussi une interface à faire entre des personnes qui, du fait de leur parcours de vie, seront toujours éloignées, et des services publics qui ne vont pas vers elles. On peut toujours dire que ce serait bien que les psychiatres sortent des hôpitaux, comme on a dit que les assistantes sociales, même si elles le font, sortent davantage. Mais en attendant que l'on n'ait plus besoin de le faire, il me semble qu'il faut ce maillon-là et que c'est cela qu'il faut financer, en réfléchissant à la façon dont on peut le financer ou non, ou le renforcer. Mais si l'on attend, j'ai l'impression que cela risque de ne pas se faire.

« Anne Quintin

Je voudrais répondre pour le CLSM et le contrôle des pouvoirs publics. Il y a des enjeux de pouvoir dans les CLSM. Je rebondis sur ce que vous avez dit : il faut que les CLSM soient des lieux d'observation pour identifier exactement. J'ai travaillé dans un CLSM et je me fais l'écho de ce que j'ai pu observer, pour commencer. Ce n'est pas une idée en l'air, très théorisée. C'est vraiment une observation que j'ai faite. Il y a effectivement des enjeux de pouvoir, mais je ne parlais pas des pouvoirs publics uniquement. Il y a de nombreuses institutions qui sont réunies lors des Résad et il y a des enjeux de pouvoir. Un psychiatre est souvent plus légitime qu'une assistante sociale et la parole des uns n'a donc pas le même poids que celle des autres.

Par ailleurs, et c'est une question dont j'ai discuté avec le CCOMS, avec Pauline Guézennec, par mail, il y a juridiquement une question importante, qui est que parfois, on ne sait pas pour qui la RESAD est organisée. Je peux vous assurer que c'est un vrai problème et qu'il va falloir l'écrire noir sur blanc : la RESAD, c'est pour la personne qui souffre. Cela paraît évident, mais je peux vous assurer que cela ne l'est pas. C'est du vécu. Lors de la formation au CNFPT, nous étions une vingtaine de coordinateurs de CLSM et nous étions une bonne quinzaine à dire que cela posait question. J'avais un CLSM intercommunal. J'avais un élu extrêmement engagé, et la question ne se posait pas. J'avais l'autre bout du CLSM où l'élu n'était pas du tout engagé, et c'était la fonction publique territoriale qui faisait le CLSM. N'étant pas formés sur la question de la santé mentale, pas du tout, ce qui est normal, puisque ce sont les administratifs et que ce n'est pas leur question, il fallait leur rappeler que le but de la RESAD n'était pas de faire enfermer Monsieur, que Monsieur avait des droits, que tant qu'il ne voulait pas brûler tout le monde, on ne pouvait rien faire... Je vous assure que c'était un vrai enjeu, parce qu'ils considéraient qu'à la RESAD, il y aurait tout le monde, qu'il y aurait la police, que cela s'arrêterait, que l'on résoudrait le problème. Finalement, dans le texte du CLSM, il faudrait peut-être mettre juste un petit mot sur le rôle de la cellule des cas complexes – je crois que c'est ainsi qu'elle s'appelle. Je voulais vraiment vous répondre, parce que je n'attaque pas les pouvoirs publics. Je crois vraiment au système du CLSM, dans le sens où il faut absolument articuler, mais il faut penser aussi les effets de cette réunion, où, comme l'a dit Marianne, ce matin, on peut être à côté des uns des autres sans pour autant, malheureusement, apprendre à travailler ensemble. C'était ma petite critique du CLSM.

« Laure Zeltner

La question, dans le fond, est la suivante : c'est à qui de bouger, comment, avec quels sous ? J'ai l'impression qu'il y a cela dans l'air, en sachant que la France est riche, quand même, par rapport à d'autres pays. Ensuite, comment ? Qui va décider où mettre quel argent pour faire quoi ? C'est là où probablement, il serait intéressant qu'il y ait un coordinateur territorial.

Je voulais ajouter un autre élément. Dans la question de la mobilité et du déplacement, je pense que c'est fatigant pour tout un chacun, qu'il soit psychiatre, élu... C'est d'ailleurs intéressant lorsque les élus se déplacent à domicile. Je trouve que cela produit quelque chose d'extrêmement riche. Ce déplacement est coûteux, physiquement et psychologiquement.

Il faut aussi continuer à être mobile sans être immobile, puisque l'on peut se déplacer et produire de l'inertie, en regardant et en disant que c'est à l'autre de faire. Un déplacement ne construit pas forcément de la mobilisation et de l'engagement. De même, on peut se déplacer tous azimuts, dans tous les sens, et ne jamais rien produire. Pour pouvoir construire, pour pouvoir utiliser un déplacement qui mobilise, il faut qu'il y ait de l'engagement et du pluriel, ce qui n'est pas simple non plus au quotidien. L'intérêt des équipes mobiles, c'est que ce sont aussi des dispositifs apprenants, parce qu'il y a aussi cette question : qui apprend quoi de qui ? Vous disiez, à l'Unafam, que vous vous étiez beaucoup mobilisés pour former les parents et qu'une fois qu'ils étaient formés, ils partaient et qu'il fallait toujours remettre l'ouvrage sur le métier. À qui incombe-t-il de former ? De former à quoi ? Comment se forme-t-on ? Ces questions sont extrêmement intéressantes.

En tout cas, lorsque l'on intervient en mobilité, chaque fois que l'on rencontre des partenaires, on apprend ensemble quelque chose, quelque chose du métier de l'autre, des limites de l'autre, des capacités de l'autre, de ses non-capacités. En ce sens, il me semble que ce sont des dispositifs apprenants, par petites gouttes, par expériences communes, avec quelque chose d'un savoir-faire commun qui va se construire, à un moment donné, qui va se solidifier, quelque chose d'expérientiel, pourrait-on dire. Il n'y a pas qu'à nos patients de se rétablir, il y a aussi probablement nous-mêmes, dans notre posture professionnelle, pour continuer, confrontés à l'expérience, à grandir dans notre humanité et nos fonctions.

« Pascale Krzywkowski,

chargée de projets, Instance régionale en éducation et promotion de la santé (Ireps) d'Auvergne – Rhône-Alpes, délégation de Haute-Savoie

Plusieurs commentaires me viennent, entre hier et aujourd'hui. Cela a été très riche. Je vais essayer de concentrer la richesse des propos qui ont été tenus depuis hier.

L'expression « promotion de la santé » n'a pas été prononcée depuis hier. Nous n'arrêtons pas d'en parler et je trouve intéressante la façon dont cela a été amené. Du point de vue de la promotion de la santé et dans mon parcours professionnel, pour moi, l'habitat, ce n'est pas que le logement. Nous nous sommes beaucoup concentrés sur le logement, depuis hier. C'est effectivement un élément central de l'habitat, mais l'habitat, nous en avons parlé aussi sous d'autres formes. C'est le voisinage, c'est le lien aux autres, c'est le capital social, ce sont les structures auxquelles les personnes peuvent se raccrocher. Je pense qu'il faut élargir la notion d'habitat à autre chose que le logement, même si, je le répète, le logement est un élément central.

Je voudrais élargir également un autre aspect. La santé mentale, c'est bien au-delà de la maladie mentale, du trouble psychique et d'autres choses qui ont été discutées. Mon questionnement est le suivant : comment, à travers ce rapprochement des acteurs, dont nous discutons également depuis hier, peut-on faire une vraie promotion de la santé mentale qui soit autre que le trouble psychique ou la maladie mentale ? J'ouvre une parenthèse par rapport à ce que vous disiez, Monsieur, ce matin. On parle aussi beaucoup des personnes en souffrance. Mais il y a également tous les aidants, dont nous avons peu parlé, finalement, à part M. Voyer, à travers l'aspect des familles. Mais les aidants, c'est également plus large que cela. Il y a actuellement beaucoup de politiques qui sont développées autour des aidants. Il faudrait peut-être aussi impliquer ces politiques publiques, faire ces liens entre les politiques publiques et les dispositifs existants.

Ma dernière question sera peut-être un peu provocatrice, mais sciemment. Comment la cité peut-elle prendre soin des personnes et éviter qu'elles tombent dans la maladie mentale ?

☛ Yves Buisson,

membre du Conseil citoyen de Montreuil, administrateur de l'institut Renaudot

Quand j'étais petit, dans le Berry, on me disait que dans la forêt de Tronçais, la plus grande forêt de France, il y avait une pierre, la pierre au Berdin, où l'on attachait les gens qui n'allaient vraiment pas bien et qui dérangeaient trop leur communauté. Ou bien ils se faisaient bouffer dans la nuit par les loups, ou bien le lendemain ou le surlendemain, le choc avait été tel qu'ils étaient chronicisés, normalisés. C'était une façon de traiter la folie au Moyen Âge, il y a très longtemps. Dans d'autres endroits du monde, le fou était celui qui était en relation avec les esprits, avec les dieux. C'était le chamane, qui prenait sur lui et qui évitait à la communauté d'avoir à se confronter à ces problèmes, le *pharmakon*, qui guérissait ou qui empoisonnait. Tout cela a changé. Nous voyons bien, ici, qu'il y a maintenant des dispositifs institutionnels dont on vient de passer déjà un jour et demi à dire qu'ils étaient absolument nécessaires et pour l'instant, vraiment incomplets. C'est tout à fait clair.

Pour autant, je ne pense pas que cela suffise. C'est un peu ce sur quoi Madame vient de terminer, c'est-à-dire comment l'ensemble de la société civile peut porter quelque chose du trouble psychique, comme on l'appelle dans notre représentation. Dans le sondage qu'a fait Riva au début de la matinée, moi, j'aurais bien posé la question : « qui a déjà éprouvé dans sa vie une éruption émotionnelle qui l'a perturbé ? ». C'est plus « propre » que de parler d'un épisode psychotique, qui fait un peu peur. Mais c'est tout de même à partir de ces expériences-là, dans nos vies, que nous sommes amenés à nous intéresser à ce qui se passe aussi pour l'autre et à la question de l'âme, à la question psychique dans la communauté. Si l'on néglige cela, si l'on ne va que vers de la gestion institutionnelle, à mon avis, on va peut-être monter de très beaux dispositifs et éviter de la souffrance, mais on va quand même passer à côté de quelque chose. Cela a été dit par M. Pichon hier : la question psychique nous concerne tous et je crois juste qu'il faut ne pas l'oublier.

☛ Marine Mazel,

psychologue, association Aurore à Paris

Je fais partie d'une équipe mobile. Nous sommes plusieurs psychologues. Nous intervenons à Paris et en Île-de-France depuis à peu près quatre ans. Je voudrais évoquer un certain nombre de choses.

Pour commencer, dans ces souffrances et ces troubles qui émergent,

que ce soit à la rue, dans les cages d'escalier, chez les gens, il y a quand même une histoire de continuum, dans la question de la précarité, qu'il ne faut pas oublier. Il y a de l'exclusion et de l'auto-exclusion entre les murs ou hors les murs. Il me semble que c'est une question qu'il faut pouvoir penser selon un continuum, sinon, on ne comprend rien des trajectoires des personnes. Il y a des personnes qui se retrouvent dans des centres d'hébergement d'urgence qui ont été des locataires pendant très longtemps, chez les bailleurs sociaux, qui ont été mises en difficulté dans leur capacité à investir leur logement parce qu'elles ont été confrontées à des événements de vie qui peuvent troubler tout un chacun, des séries de pertes qui ne sont souvent pas métabolisables ou métabolisées parce que l'on manque d'entourage, parce que l'on manque d'un tiers qui permet de donner du sens à tout cela.

Pour répondre à la question de savoir si finalement, ce n'est pas la psychiatrie qui doit tout absorber, si les psychiatres des secteurs ne devraient pas avoir plus de moyens, sortir de leurs bureaux chauffés et aller chez les gens, pourquoi pas : selon moi, il faut plutôt maintenir une pluralité de ce que l'on peut proposer aux gens. Quand on a affaire à quelqu'un qui est très exclu et qui vit à la rue depuis plus de dix ans, je pense que cette personne n'est pas nécessairement sensible à une équipe qui est estampillée du côté de la psychiatrie. Pourquoi ? Parce qu'autant les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques peuvent faire peur, la psychiatrie peut aussi faire peur aux gens qui souffrent, du fait de représentations de l'enfermement qui ont la vie dure et que ce n'est pas forcément la solution la plus adaptée. C'est un premier point.

Le deuxième point, c'est la question des équipes mobiles. Il y a une pluralité d'équipes mobiles. Il y a des équipes mobiles en psychiatrie et précarité qui sont adossées aux secteurs et à la psychiatrie, mais il existe aussi des équipes mobiles comme la nôtre, à Paris, et il y en a d'autres sur le territoire français, du côté du soin, du côté du *care*. Nous, nous sommes des psychologues. Nous n'avons pas de fonctions prescriptrices. Mais je reviens à ce que disait Madame, tout à l'heure, que j'ai trouvé très frappant et très intéressant : cette scène, dans la cafétéria du supermarché, qui, pour nous, est vraiment une scène de genre, de la vie quotidienne, dans notre travail. Nous nous saisissons d'un trouble qui émerge à un endroit, et nous n'allons pas traîner la personne derrière nous avec une corde pour la ramener dans un lieu qui est plus *ad hoc* : nous allons vers elle. Cela rappelle des scènes sur les bancs qui sont vécues par les collègues des maraudes, des scènes où nous rencontrons dans des supermarchés, dans des cafés, dans des endroits où si nous le disons à nos collègues qui sont dans la psychiatrie plus classique, nous nous faisons regarder d'une manière très

surmoïque et très cruelle. Alors que justement, il y a peut-être quelque chose à moduler, dans nos façons d'être et dans nos façons de consentir, en tant que professionnels, de déplacer notre façon d'être auprès des gens.

Je voudrais aussi évoquer ce que l'on dit de la capacité des personnes, le fait de mettre la capacité des personnes au centre de tout. Je suis bien d'accord, mais la première capacité qu'il faudrait pouvoir aller chercher et aller travailler, patiemment, auprès des gens, c'est leur capacité de s'intéresser à leur monde interne, à leur vie psychique. On a parlé de la souffrance psychiatrique aiguë, des gens qui souffrent de schizophrénie, de paranoïa, de troubles maniaco-dépressifs graves, mais on oublie aussi toute la frange de la population qui souffre de troubles dépressifs très graves, avec des mélancolies, des dépressions non traitées. Cela fait le lien avec le propos de Mme Quintin, qui nous parlait des bailleurs sociaux, qui sont des agents qui aujourd'hui, se retrouvent avec ces voisinages troublés, ces gens qui souffrent et décompensent. Comment permettre à ces instances de réfléchir aux orientations cliniques qu'elles vont mettre en œuvre dans les prochaines années pour accompagner ces personnes ? Je suis désolée, mais ce n'est pas la même chose de proposer une équipe pluridisciplinaire avec un infirmier et un éducateur. Ce n'est pas la même chose de dire qu'il y a besoin de liaison où pendant deux ou trois ans, comme nous nous le faisons, on assure un soin de liaison. Le soin de liaison, ce n'est pas l'orientation directement. C'est élaborer des choses avec les personnes, leur faire prendre conscience de ce qui a été empêchant pour elles dans leur vie et retrouver du pouvoir d'agir dans leur vie psychique et citoyenne. C'est d'abord aussi, finalement, avoir une possibilité de se remobiliser par rapport à leurs ressources internes et une capacité de se réadapter à la réalité. Freud disait que le délire était une solution contre un effondrement plus grand. J'aimerais bien aussi que d'une manière citoyenne et politique, on réfléchisse à des solutions qui permettent aux gens de ne pas s'effondrer sans cesse et de ne pas seulement faire du colmatage. Il y a du soin à faire auprès des personnes pendant un an, deux ans, trois ans. Peut-être que ces gens iront vers la psychiatrie, peut-être qu'ils n'iront pas, et c'est peut-être tant mieux ainsi.

Applaudissements

«• Christophe Marot, *coordinateur du CLSM de Rambouillet*

Je voulais revenir sur l'échange au sujet de ce à quoi sert un CLSM et sur la RESAD. Je vous engage à aller sur le site du CCOMS pour avoir des exemples de chartes qui ont été travaillées par un certain nombre de communes sur l'utilité de la RESAD. Cela permet aussi aux partenaires de concevoir en amont comment ils peuvent se positionner.

Par ailleurs, depuis deux jours, on compartimente beaucoup, alors que l'on n'arrête pas de dire que l'on ne devrait pas compartimenter. C'est une réflexion à la fois sur le financement mais aussi sur la façon dont on accompagne les personnes.

Je reviens enfin sur la dernière intervention. Je suis éducateur spécialisé de formation. J'ai travaillé dans la rue pendant très longtemps. Nous avons cette expertise de longue date et il y a d'autres formes de travail de rue qui existent depuis des années et qui sont en train de disparaître gentiment, puisque les financeurs ont décidé que ce n'était pas une dépense obligatoire, au niveau des conseils départementaux. Dès lors, on perd une partie des compétences, celles de celles et ceux qui ont travaillé longtemps dans la rue auprès des publics les plus marginalisés et les plus en fragilité. Aujourd'hui, nous avons un prisme qui est celui de la santé mentale, mais si l'on regarde bien en arrière, on sait très bien que vivre dans la rue, vivre hors les murs ou être exclu, amène aussi des comportements parfois un peu excessifs qui peuvent conduire à l'hospitalisation, alors que l'on devrait travailler cela autrement, en ambulatoire et à l'extérieur, mais jamais dans les murs. La question que je me pose est la suivante : on n'arrête pas de parler d'innovation, mais l'innovation a déjà cinquante ans. Comment utiliser les expériences qui ont été menées et qui peuvent être transversales, qui ne coûtent pas forcément plus d'argent, parce que l'on peut unir les forces ? Comment, au niveau de l'État, va-t-on enfin accepter de décloisonner les financements et accepter de travailler d'une façon collégiale ? On demande aux CLSM de l'organiser sur un territoire et on n'est pas capable, au niveau national, d'avoir une réflexion commune.

«• Marion Aubin, *députée du préfet pour la politique de la ville à Paris*

Je ne suis pas du tout professionnelle de la question, même si ma fonction m'impose une démarche transversale. Après vous avoir tous entendus hier et ce matin, je rejoins les propos de la représentante de l'IREPS : il y a une question de prévention.

La représentante de l'Unaf o a insisté sur le rôle des bailleurs comme étant ceux qui détectent et qui, finalement, participent à orienter quelqu'un capable de faire émerger une demande de soin. En fait, hier et aujourd'hui, on semble réduire cette fonction aux fournisseurs de logement, aux logeurs. Or je pense que cette fonction est également celle de l'Éducation nationale, de l'ensemble des services publics, qui sont parfois la seule porte d'entrée, si l'on souhaite toucher également ceux qui habitent dans l'habitat d'un service commun. Cela va avec l'élargissement de la fonction d'habiter. Il y a une dimension de prévention primaire, sûrement. Avant de dire qu'il y a un problème avéré qui déborde le logement, il y a aussi tous ces micro-signes et la façon dont l'ensemble des services publics dans les territoires, s'ils étaient davantage informés et davantage connectés, pourraient participer, eux aussi, à diriger vers quelqu'un capable d'accompagner une demande de soin ou de formuler un besoin d'accompagner des familles, de détecter une fragilité, etc.

«• Éric Kérimel de Kerveno,

directeur d'Habitat alternatif social (HAS) Marseille

Sur le débat de «l'aller vers», à l'évidence, Laurent El Ghazi a raison. Le principe initial des secteurs était bien celui-là. Mais force est de constater que ça ne l'est plus. Moi, je voudrais témoigner, à Marseille, de la révolution qui a eu lieu, il y a une dizaine d'années, quand Vincent Girard a invité à devenir «fou de la rue». Cela a été une révolution pour l'ensemble des acteurs. Il n'y a même plus à questionner l'importance de cela. Certains, ici, dans la salle, ont connu ce qui s'est passé en toxicomanie. Si des gens n'étaient pas allés dans la rue, où en serait aujourd'hui la prévalence? Je ne comprends donc même pas que l'on puisse se poser des questions, d'autant plus que cela rejoint la question de l'habitat. Qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, il y a des gens qui habitent la rue. Ils habitent la rue comme nous nous habiterions un logement. Sauf que l'on sait qu'habiter la rue, cela fait mourir à 47 ans, en France. Il y a, à Marseille, plus de 13 500 personnes sans chez-soi. Ce n'est pas moi qui le dis, c'est un rapport de Chantal Mannoni. 13 500 personnes à la rue, dont on sait que plus de 500 ont plus de 70 ans, certaines avec des troubles psychiatriques graves. Vous pouvez sortir d'ici, aller devant l'ancien CMP qui est juste à côté, et vous verrez un monsieur qui a 70 ans, qui délire depuis vingt ans et qui est là, devant la porte du CMP. C'est une question qui dépasse bien la question de la santé mentale. C'est la question du vivre ensemble, la question de la République, qui se pose. À mon sens, ce n'est même pas la question de la santé mentale. C'est une question politique. Est-ce que

l'on peut continuer ainsi, avec, dans une ville comme Marseille – mais cela doit être vrai ailleurs –, autant de personnes qui vivent à la rue et avec des soignants qui disent : «j'attends la demande»? Les gens qui disent encore cela n'habitent pas sur la même planète que nous.

Applaudissements

«• Silvie Camil,

directrice d'Asud Mars Say Yeah, Marseille

L'association Asud Mars Say Yeah est un CAARUD, un centre d'accueil et d'aide à la réduction des risques pour les usagers de drogues. Je suis là parce que nous sommes un centre d'accueil à bas seuil d'exigence, à haut seuil de tolérance selon l'équipe. Nous accueillons beaucoup de personnes qui peuvent présenter des souffrances psychiques pouvant être liées à l'usage de produits illicites ou licites ou à une maladie ou un handicap psychique. Nous ne faisons pas de différences : nous les accueillons de toute façon. Comme cela vient d'être dit pour les équipes mobiles, nous sommes toujours dans la rue. Depuis la création des équipes de réduction des risques, la question de partir de la rue était importante. La question des travailleurs pairs est aussi très importante aujourd'hui, dans la santé mentale, dans les équipes mobiles. Ces deux équipes de travailleurs pairs se rencontrent, il y a des moments de formation, mais là où l'on dépasse un peu la question de l'addictologie ou de la santé psychique, c'est par les pratiques. On parle de réduction des risques et cela parle aux deux domaines. On parle de rétablissement et cela parle aussi au secteur de toxicomanie. Il y a beaucoup de ponts qui se font par les pratiques plutôt que par les secteurs institutionnels ou par les financements. Je pense que c'est un peu la clé pour se rencontrer : partir des pratiques, des formations communes, de ce que nous pouvons nous apporter de nos expériences et de l'expérience des personnes qui sont passées par là, qui sont aujourd'hui dans nos équipes. Je pense que c'est un élément essentiel pour les équipes mobiles. Ce ne sont pas simplement des professionnels qui doivent sortir des murs, mais aussi ces nouveaux métiers qui arrivent, qui ne sont pas si nouveaux que cela, dans certains secteurs. On doit apprendre de ce qui s'est passé avant et ne pas toujours penser que l'on fait de l'innovation.

«• Sylvie Emsellem

Il y a eu plusieurs questions ou remarques sur la prévention santé. Je n'avais pas eu le temps de conclure. Vous disiez que ce n'était pas apparu dans les interventions. Il y a à la fois la prévention de la santé mentale, la promotion et l'approche curative. Dans la présentation que j'ai faite, les résidences sociales peuvent avoir une fonction de veille et de prévention pour orienter, alors que dans le cadre d'un dispositif un peu plus « abouti » en moyens d'accompagnement et en moyens financiers, on peut être dans une approche curative. Mais quand on a ce modèle en tête, il me semble que cela permet aux acteurs du logement ou aux intervenants sociaux qui travaillent dans le logement accompagné d'être capables de se dire qu'à un moment donné, on ne peut plus faire, que l'on oriente. Cela pose la question de la prescription : qui nous oriente ? Est-ce que le SIAO fait la bonne orientation ? Parce que l'on sait exactement les moyens qui vont être proposés au sein des logements ou ailleurs. J'ai vraiment l'impression que cela dit quelque chose de se remettre en tête ces trois approches : prévention, promotion et approche curative, pour se positionner soi-même avec les moyens que l'on a.

Deuxième point, je voyais des interventions houleuses, ce qui est très bien, mais peut-être qu'au lieu de se renvoyer la balle en disant que certains doivent sortir des murs et ne le font pas, et au sujet de cette fonction d'interface, je pense que ces fonctions assurées par les EMPP ou les éducateurs spécialisés sont finalement des passeurs de frontières, des passeurs de frontières sociales et également, des passeurs de frontières au niveau des métiers, pour décroiser le médico-social, le social, la psychiatrie – cela ne fait que quinze ans qu'on le dit... Finalement, cela s'incarne par des moyens humains et des fonctions. On n'a pas encore trouvé mieux aujourd'hui. Il y a quand même des gens qui assurent cette fonction de passeur entre des personnes qui peuvent se retrouver à la rue et un monde psychiatrique qui est en train de s'ouvrir.

Un autre élément me tient à cœur. Je serai un peu plus rude. Il s'agit de l'innovation, que nous avons évoquée hier. J'ai l'impression que nous sommes dans un mouvement où je ne suis pas bien sûre que les financements permettent une réelle innovation, même pour ce qui nous a été présenté hier. C'est une autre manière, pour les associations, dans une stratégie de rarefaction des moyens financiers, de trouver de l'argent. Plutôt que l'apparent paradoxe proposé hier entre planification et innovation, j'ai l'impression qu'aujourd'hui, on se dit que pour continuer ce que nous faisons depuis dix ans, un peu mieux, en essayant de s'évaluer, on va chercher des financements. Où les trouve-t-on ? Dans des fonds

d'innovation, qui ne disent pas leur nom. Nous continuons en réécrivant nos projets pour qu'ils paraissent innovants parce qu'aujourd'hui, quand même, la question qui se pose est celle de la volonté politique et par voie de conséquence, des moyens financiers qui vont avec.

Applaudissements

«• Agnès Bensussan,

coordinatrice du conseil d'orientation en santé mentale de la ville de Marseille

J'ai quelques petites remarques à formuler. En matière d'accompagnement des personnes dans la cité, on parle beaucoup de lieux, d'aller vers les personnes. De manière très pratique, la question qui se pose est aussi celle de l'organisation du temps. Que se passe-t-il le soir à partir de 20 heures et que se passe-t-il le week-end ? Ce sont également des questions qu'il faut réussir à poser.

J'ai par ailleurs une petite envie de me disputer sur les équipes mobiles. J'entends votre besoin de pouvoir échanger entre équipes mobiles et d'être moins seuls. Dans le contexte, que j'observe aussi à Marseille, de multiplication d'équipes mobiles spécialisées dans différentes thématiques, dont on ne peut que se réjouir, j'ai l'impression, peut-être fautive, qu'il y a aussi des projets qui en fait, ne sont pas construits dès le départ en lien avec le secteur ou avec les équipes dites de CMP, pour caricaturer un peu. Les équipes se créent, et c'est tant mieux, et ensuite, tout le monde se dit : « mince, il n'y a pas de lien avec le secteur. Comment est-ce que l'on fait le relais ? »

Enfin, en tant que coordinatrice de CLSM, autant les coordinateurs de la salle sont contents d'entendre dire que les CLSM sont des outils stratégiques miraculeux, autant à Marseille c'est un ETP pour 850 000 habitants. Il va falloir que ce soit une responsabilité populationnelle, sinon, on ne va pas y arriver.

Applaudissements

«• Laure Zeltner

Je suis assez d'accord avec l'idée qu'une équipe mobile n'a de sens que si elle est arrimée de manière précise à d'autres. C'est bien pour cette raison que l'une des thématiques de notre prochain congrès s'intitule « quels accords ? » Dans l'idée d'accordage, il y a l'idée de s'entendre,

de s'accorder dans le cadre d'un pacte, grosso modo, mais c'est aussi l'idée de s'arrimer. C'est fondamental. Une équipe mobile perdue, externalisée, est totalement impuissante et très vulnérable. Et cela ne sert pas à grand-chose.

«• Pascale Amiel-Masse,

psychologue, CMP de la Belle de mai, secteur 12, Marseille

Je suis psychologue en CMP, secteur 12, et vice-présidente d'une association de logement, Alternative 11, pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères. Il y a quelques années, j'ai travaillé dans une équipe mobile en psychiatre et précarité. Je n'y suis restée qu'une seule année, mais nous étions en liens très étroits avec le CMP du secteur 12. «L'aller vers» était effectivement pour «ramener à». Ce lien était donc très important. Nous travaillions également avec le conseil général pour les montages financiers.

Je souhaitais prendre la parole au sujet de l'argent, qui est le nerf de la guerre. C'est une question qui me semble vraiment centrale. J'avais vu un film, il y a quelques années, qui s'appelait *Le Promeneur du Champ-de-Mars*, sur la fin de vie de François Mitterrand. J'ai retenu une phrase en particulier, qu'il a dite avant de mourir : «Après moi, il n'y aura plus que des comptables». J'ai l'impression que c'était assez visionnaire de sa part. J'ai pu assister avec beaucoup de bonheur aux interventions et aux commentaires qui ont été faits et je me rends compte que nous sommes tous, ici, très engagés, à différents niveaux et de différentes manières, vis-à-vis de la question de l'habitat et vis-à-vis des personnes en souffrance psychique, que l'on soit psychologue, psychiatre, éducateur spécialisé, infirmier, voire même décideur politique. Cependant, il y a vraiment un problème central, qui est la quantité d'argent, et je suis contente, pour parler en termes simples, que Madame l'ait évoqué tout à l'heure : nous manquons de moyens, même si nous sommes vraiment de bonne volonté. Il y a quelques années, je n'étais pas plus engagée que maintenant, mais sans doute plus naïve, et je m'étais dit qu'il serait peut-être bien de faire quelque chose comme le Téléthon, qui s'appellerait par exemple le Schizothon, ou autrement. J'avais essayé de prendre certains contacts. Pour résumer les réponses, celle qui m'avait le plus choquée était : «mais ma p'tite dame, la folie n'intéresse personne et fait peur». Vous disiez qu'il faudrait innover pour pouvoir récolter plus de fonds. Je lance à nouveau cette idée. Je trouve qu'essayer de mobiliser de manière peut-être plus médiatique pour récolter des fonds et pouvoir nourrir en financements différentes équipes qui seraient peut-être moins institutionnelles que

d'autres, ce serait quand même une idée. Je ne suis pas du tout dans les montages financiers. Je sais faire des dossiers, mais pas ces parties-là. Ce problème est vraiment un casse-tête, et nous manquons de temps pour récolter de l'argent. Je suis soulagée de voir l'engagement de tous, mais je reste préoccupée sur la question de la comptabilité.

«• Riva Gherchanoc

Juste pour réagir, je ne sais pas s'il faut aller chercher de l'argent par des choses aussi communicantes. En tout cas, à défaut d'un Schizothon, il y a eu l'initiative d'une *Mad Pride*, qui n'a pas été réitérée cette année. Il faut se poser la question de toute cette organisation pour faire connaître la folie dans la vie en cité.

«• Carl Chesneau,

coordinateur adjoint du réseau de santé de Créteil Solidarité

Je voudrais faire quelques remarques sur ce qui a été dit à la fois hier et aujourd'hui sur la coordination, puisque c'est en lien avec les financements. Cela me semble effectivement être le nerf de la guerre. Il faut vraiment se mobiliser au maximum sur le sujet. Nous pouvons le voir, nous, à travers un dispositif que nous avons monté à Créteil, et sur d'autres communes, qui était un ersatz de CLSM avant l'heure ou à peu près à la même époque, avec un groupe pluridisciplinaire d'analyse de situations complexes. Le département du Val-de-Marne est largement sous doté pour certains dispositifs, que ce soient les CLSM ou les équipes mobiles. Il faut vraiment renforcer et mettre des moyens financiers sur la coordination parce que la santé mentale a quand même une certaine temporalité. Madame disait que cela s'inscrivait dans un continuum. Or, s'agissant des financements, quand on a une CPOM avec l'ARS, on est déjà très chanceux. Mais trois ans, c'est limite. Nous, nous refaisons nos dossiers tous les ans, pour 26 000 €. Nous faisons de la formation de travailleurs sociaux et des cellules de cas complexes. Il faut vraiment se lancer sur l'enjeu de la coordination et ne pas lâcher.

Quant à l'innovation, elle ne consiste pas simplement à mettre en place des dispositifs qui peuvent être fléchés comme tels, mais peut-être aussi à travailler autrement.

Au sujet de l'articulation entre les disciplines et les acteurs, l'une des difficultés que nous voyons de plus en plus, à travers des situations qui

nous sont rapportées, c'est l'impact des troubles psychiques sur les enfants et les adolescents, donc sur la famille en tant que telle. Nous en avons parlé, mais la prévention en matière de psychiatrie infanto-juvénile n'était pas le thème de ces journées. Le décloisonnement est aussi un problème parce que nous nous sommes rendu compte qu'il était difficile d'organiser le maillage entre la psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Je ne vous apprendrai probablement rien mais c'est quand même un point sur lequel il faut être très vigilant et où il y a des marges de progression très importantes.

Je voudrais dire aussi que l'absence, dans la salle, de médecins généralistes libéraux, est quelque chose qui me questionne.

Par ailleurs, dans les marges de progression du travail collaboratif entre professions et entre disciplines, il me semble qu'il est important de renforcer le lien entre les équipes d'addictologie et de psychiatrie, même si cela se fait très bien à certains endroits. Je parle de ce que je vois moi. C'est une marge de progression très importante, de la même façon que pour le lien entre gérontologie et psychiatrie.

Voilà ce que j'avais à dire à chaud.

🔊 Riva Gherchanoc

Merci. Je vous remercie pour le mot au sujet des autres âges que celui de la psychiatrie adulte. J'avais effectivement une question en tête, ce matin, puis je l'ai oubliée. « L'aller vers » au moment de l'adolescence et du passage de l'adolescence à l'âge adulte, ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas la même façon de faire avec les adolescents. Or il est important de penser à eux.

Je vois des gens partir. Nous n'allons pas conclure. Je voulais vous remercier pour la richesse des interventions, tant de la part de nos intervenants que de votre part, dans le public. Il y a eu beaucoup de réactions sur les questions de coordination et d'animation territoriale. Nous ne fermons pas la page. La ministre ne viendra pas à la fin de la journée, mais le président vient de me dire qu'il y aurait un rendez-vous vendredi avec son cabinet et je suis sûre que la délégation ne manquera de rapporter ce qui s'est dit. Parce que si la question des moyens supplémentaires se pose, il y a aussi, comme vous l'avez dit, la redistribution des financements et la question des bonnes pratiques, qu'il faut toujours repenser pour mieux s'adapter aux évolutions de la société.

Laurent, le mot de la fin, avant que tout le monde parte déjeuner ?

🔊 Laurent El Ghozi

Je ne prétends pas avoir le mot de la fin, mais poursuivre la discussion, que nous n'avons pas finie. Mais nous avons encore tout l'après-midi et nous avons encore des années de travail ensemble.

Certes, je suis un vieux mâle blanc élu. Néanmoins, je suis aussi président d'un CAARUD, président d'un CMPP et d'un IME. J'ai donc vu un certain nombre de choses, j'ai travaillé avec l'Unafam et avec d'autres.

Je voudrais que nous nous mettions d'accord sur le fait de savoir si nous défendons un service public de santé mentale ou pas. Si nous défendons un service public de santé mentale qui est, aujourd'hui, porté par le secteur qui reste complètement valable dans sa définition et largement inachevé dans les faits, est-ce que nous nous battons pour que ce service public de psychiatrie continue à prendre en charge l'ensemble des questions de santé mentale d'une population sur un territoire et donc, suive les patients là où ils sont ? Je suis évidemment d'accord pour que le soin, dans ses dimensions, *care* et *cure*, suive, s'adapte à l'endroit où sont les patients. Ils étaient tous à l'hôpital, enfermés, pour caricaturer, et ils sont maintenant dans la cité et pour partie, dans la rue. Le secteur, dans toutes ses dimensions, doit donc s'adapter à ce déplacement et se déplacer, mais c'est le secteur qui se déplace, avec les moyens du secteur. Il n'y a pas besoin de créer des choses supplémentaires.

Vous dites que les équipes mobiles doivent être adossées au secteur, le CMP étant la partie extrahospitalière du secteur. Ce n'est pas simplement « adossé » : ce sont les mêmes professionnels. Le Samu social a été créé, à Nanterre, à partir du Centre d'accueil et de soins hospitalier de Nanterre. C'étaient des professionnels de la consultation du CHAPSA et de la consultation des urgences qui ont été les premiers intervenants dans le Samu social. Le lien est donc évident. Il n'y a pas deux structures côte à côte qui éventuellement, communiquent ou ne communiquent pas. Non ! Il y a un secteur qui est aussi dans la rue ou dans les appartements. En tout cas, c'est ma conviction. C'est la seule manière de défendre un service public. Sinon, on fragmente, on multiplie les acteurs, on multiplie les recherches de financements – et les occasions de refus de financement pour tel ou tel public –, on multiplie les lieux de décision et de coordination, et il faut mettre une supra-coordination par-dessus. Je pense vraiment que c'est une question fondamentale : est-ce que l'on croit au service public ou est-ce que l'on n'y croit pas ? Nous voyons bien qu'il faut en débattre plus à fond, mais c'est une question centrale.

J'ajoute deux derniers points – mais j'y reviendrai peut-être dans ma

conclusion et nous pouvons donc y réfléchir d'ici là. D'abord, vont se mettre en place les projets territoriaux de santé mentale, à partir d'un diagnostic partagé. Il faut absolument, et même si ma vice-présidente n'est pas d'accord...

«•• **Marianne Auffret**

Ce n'est pas que je ne suis pas d'accord, c'est qu'il est l'heure de manger !

«•• **Laurent El Ghozi**

Non, il n'est pas l'heure de manger. Il est l'heure de continuer à discuter. C'est plus important que de manger. Nous avons tout le temps de déjeuner. Nous nous voyons une fois tous les deux ans, nous avons l'occasion d'échanger sur des questions compliquées, de fond... Nous mangerons demain !

Rires

«•• **De la salle**

La salle a faim !

«•• **Laurent El Ghozi**

Cela s'appelle la démagogie du ventre !

«•• **Marianne Auffret**

Poursuivez la dispute autour d'un repas. Bon appétit à tous.

« ARTICULER LES ACTEURS », C'EST-À-DIRE ?

«• Laurent El Ghozi

J'invite tout le monde à reprendre sa place, à finir les bavardages interpersonnels et à se concentrer sur la dernière séquence du film.

«• Franck Lescroel,

coordinateur de l'ASV santé mentale, Métropole Aix-Marseille Provence

Bonjour. Je travaille à la Métropole Aix-Marseille Provence, où je suis coordinateur de l'atelier santé ville santé mentale, sur les territoires de la politique de la ville de Marseille. Je remplace Séverine Mathieu, réalisatrice de « *Toit et moi* », qui a introduit les premières séquences du film, qui ne pouvait pas être avec nous cet après-midi. En même temps, il y avait quand même du sens à cette présentation, puisque le film « *Toit et moi* » est accompagné depuis son démarrage par l'atelier santé ville.

La dernière séquence va s'articuler avec l'intitulé de la table ronde de cet après-midi, qui pose la question de l'articulation des acteurs. Nous allons retrouver dans cette séquence un personnage que nous avons déjà vu hier, Wilfred, et nous allons voir l'articulation des acteurs non pas au moment où elle se met en mouvement, mais sur le type de résultats qu'elle peut produire. Bon visionnage.

Projection d'un extrait du film «Toit et moi»

Animation : Raghnia Chabane, conseillère municipale de Mons-en-Barœul déléguée à la politique de la ville, la sécurité et la citoyenneté, présidente du CISSMC (Conseil intercommunal de santé, santé mentale et citoyenneté)

«• Rania Chabane

Après cette séquence émouvante, je vous propose d'entamer la dernière table ronde de ces deux journées, intitulée : « Articulé les acteurs, c'est-à-dire ? », qui fait, je pense, le bon pendant de l'ensemble des discussions que nous avons eues au cours de ces deux journées, avec des échanges que j'ai

trouvés vraiment très intéressants. Je compte sur vous pour que dans cette dernière table ronde, nous puissions échanger tous ensemble de façon constructive, bienveillante et sincère.

Je vais commencer par me présenter, pour que vous puissiez savoir d'où je parle. Je suis Rania Chabane, je suis élue dans ma commune de 20 000 habitants, je suis également présidente d'un CLSM, qui a la particularité d'être intercommunal, comme 32% des CLSM en France, visiblement – merci, Jean-Luc ! Il regroupe cinq communes, il s'appelle l'Association intercommunale de santé, de santé mentale et de citoyenneté. En effet, la volonté politique très forte, qui s'est matérialisée en 2010, quand nous avons créé ce CLSM, était de travailler sur les questions de santé mentale dans la Cité, évidemment avec l'EPSM, les usagers, les associations de terrain et les institutions, mais également, d'ouvrir le champ de notre action sur les problématiques de santé de façon plus générale et, parce que cela nous paraît évident, sur les questions de citoyenneté. Pour nous, tout est en tout. Ce n'est pas parce que l'on est usager de la psychiatrie à un moment de notre vie que l'on n'est plus citoyen. C'est pourquoi le conseil local de santé mentale, chez nous, s'appelle Association intercommunale de santé, de santé mentale et de citoyenneté. Voilà d'où je parle.

S'agissant de cette table, je vois qu'il y a un constat qui a été partagé il y a maintenant un jour et demi, sur la nécessité d'agir, pour les élus que nous sommes cela paraît essentiel, pour les institutions, pour les acteurs locaux, en coordonnant nos actions – ce qui n'est pas toujours facile –, de mailler le territoire avec ce que nous avons, pour améliorer, pour renforcer l'accès au logement, à l'habitat des personnes qui sont les plus en difficulté. Ce constat est partagé également dans la manière de devoir articuler l'ensemble des politiques publiques et l'ensemble des acteurs au travers de dispositifs d'accompagnement mais également, au travers de politiques sociales du logement. Ces documents de programmation et ces dispositifs existent. La question est de savoir comment nous pouvons travailler ensemble. C'est le credo de cette table ronde : « ensemble, nous faisons quoi ? », avec les dispositifs qui sont là, malgré leurs limites, leurs freins, et parfois peut-être, leur manque d'ambition.

Je souhaite que cette table ronde nous amène vers des solutions opérationnelles, que nous puissions avoir des recommandations, des échanges de bonnes pratiques, que nous puissions nous raconter vraiment ce qui se passe sur nos territoires et que cela puisse être partagé par tous.

« Articuler les acteurs », c'est également réfléchir dans quels espaces on les articule. Jean-Luc Roelandt va nous raconter, pour Pauline Guézennec qui est absente et qu'il remplacera, je pense, haut la main, comment l'on

organise les acteurs à l'échelle du territoire, dans le cadre d'un conseil local de santé mentale.

« Articuler les acteurs », c'est également réfléchir à la coopération. C'est Dominique Testart, administrateur de la Coordination marseillaise habitat et santé mentale, qui nous dira quelles conditions l'on met en place pour développer cette fameuse coopération de proximité qui nous paraît essentielle dans l'articulation des acteurs et des dispositifs.

Je parlais des documents de programmation qui sont nombreux : PLH, programmation de construction de logements, PDLPD, DALO. Madame Attar, je sais que ce ne sera pas trop votre propos, mais on peut aussi s'adosser à ce type de documents. Votre sujet sera : « comment programmer du logement accessible aux personnes qui sont en souffrance psychique », quels sont les leviers et quelles sont les contraintes par lesquelles on doit passer ?

Pour finir, l'ARS, une institution donc, qui se situe à un autre niveau, un niveau plus macro, nous parlera de la place des acteurs institutionnels dans le maillage territorial et dans cette articulation vers laquelle nous souhaitons tendre.

Les règles sont les mêmes que précédemment. L'idée est de laisser quinze minutes à chaque intervenant et après les interventions, un temps d'échange avec la salle.

Je passe tout de suite la parole à Jean-Luc.

ORGANISER LES ACTEURS À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE : UNE SYNTHÈSE DES EXPÉRIENCES DÉVELOPPÉES DANS DES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM)

«• Jean-Luc Roelandt,

directeur du Centre collaborateur de l'OMS

Je vais essayer de faire une synthèse des expériences développées dans les CLSM, en sachant que c'est Pauline Guézennec qui a préparé cette intervention. Elle connaît bien toute la réalité de terrain. Moi, je la connais un peu moins bien qu'elle, mais je vais essayer de commenter sa présentation.

Pour continuer et savoir qui est dans la salle, qui fait partie d'un conseil local de santé mentale, ici ? Nous sommes majoritaires. Cela va.

Je suis très content d'être à Marseille, qui est une ville qui innove depuis longtemps. Je remercie ESPT de nous avoir invités à participer et organiser ces journées. Nous avons un très long partenariat avec «Élus, santé publique & territoires».

Nous sommes partis d'un programme d'appui du CCOMS au centre national de ressources qui a été mis en place par le CCOMS, à la demande de la DGS et du CGET, qui financent ce centre national de ressources. En 2007-2008, il existait dix ou douze CLSM en France, avec le soutien de la délégation interministérielle à la Ville. L'Acsé nous rejoint en 2009. En 2011, il y en avait une soixantaine. De 60, nous sommes passés aujourd'hui à 200. Nous avons le soutien de la DGS et du CGET. Un Centre national de ressources et d'appui a été mis en place.

Vous savez tous ce qu'est un CLSM. C'est une plateforme de concertation. J'insiste quand même pour dire que c'est une approche populationnelle. Nous avons parlé de cellule, de commission, mais c'est un petit aspect du CLSM. Avec le CLSM, il s'agit surtout de mettre en place une politique de santé mentale dans un territoire. Il ne s'agit pas de se mettre à la place des acteurs mais de fédérer les acteurs. L'objectif est de définir une politique locale, de permettre une approche locale et participative. Vous avez aussi les contrats territoriaux de santé mentale qui sont au

niveau des départements. Ce seront peut être des endroits de concertation au niveau certainement départemental, mais ce seront peut être aussi des instances administratives, financières et juridiques puisque leur fonction est de définir un contrat passé entre les acteurs locaux et les ARS. Et qui dit contrat dit définition de moyens avec les jeux d'acteurs dans un environnement financier contraint.

Le terrain de proximité, c'est vous, ce sont les conseils locaux. L'essentiel de la prévention et du soin se passe dans le territoire, au plus près des personnes, des citoyens. Cela s'inscrit dans l'organisation générale des soins en santé mentale, puisque la loi de 2016 intègre les conseils locaux dans le diagnostic territorial partagé des contrats territoriaux en santé mentale – ils doivent donner leur avis – ainsi que dans le projet territorial de santé mentale. Les actions que développent les conseils locaux peuvent être reprises dans le projet territorial de santé mentale.

Sur le site du centre national d'appui, vous verrez la carte des 200 CLSM. Nous sommes en train de refaire complètement le site. Vous trouverez une quantité d'informations.

Parmi les éléments clés pour la mise en place, il y a d'abord le maire. C'est l'aspect territorial et la citoyenneté. C'est lui qui organise, c'est lui qui donne les logements. Si vous n'avez pas l'accord du maire, il est un peu compliqué d'avoir un logement. Outre les élus, il y a aussi la psychiatrie publique – c'est-à-dire la psychiatrie enfants, adultes et bientôt, personnes âgées, puisqu'une spécialité est en train de se mettre en place – qui co-anime le CLSM, et les représentants d'usagers et d'aidants sont présents. Cela ne peut pas être uniquement un accord entre les services et les municipalités. S'il n'y a pas un représentant des habitants, des usagers et des familles, cela ne peut pas marcher.

Comment fonctionne le CLSM ? Il y a une assemblée plénière, un comité de pilotage et des groupes de travail. Quand il y a un problème, on crée un groupe de travail qui trouve une solution et ensuite, on l'applique au niveau des institutions qui composent le conseil local. Le conseil local ne se substitue pas à ce qui existe, mais permet le désenclavement, le travail en commun et surtout, de trouver des solutions.

Les objectifs prioritaires sont d'abord l'observation. L'enquête SMPG a été menée dans un certain nombre de villes, en France. Elle permet, au niveau local, d'avoir une belle image de la santé mentale de la population. Nous sommes toujours à votre disposition, si vous voulez la faire. Elle continue à tourner en France, puisque nous avons fait trois sites en Côte-d'Or, Nantes, qui vient de la finir... L'enquête SMPG a entraîné à

Nantes une reprise en main de la santé mentale par l'ensemble du conseil municipal et c'est porté par le maire de Nantes lui-même comme faisant partie des politiques de la ville, véritablement. Cela a été un succès, à partir de la connaissance concrète des difficultés qu'avaient les Nantais et surtout, les jeunes Nantais, par rapport aux problèmes de santé mentale. Un autre objectif est de permettre l'accès aux soins psychiatriques et la continuité des soins. C'est un travail avec la psychiatrie. Comment cela fonctionne-t-il ? De nombreux maires demandent qui appeler quand ils ont un problème, s'il y a un site pour les citoyens. D'autres objectifs sont de favoriser l'insertion sociale – c'est l'inclusion –, de lutter contre la stigmatisation et de promouvoir la santé mentale.

La thématique de l'habitat est une thématique extrêmement importante, puisque plus de 80 % des CLSM opérationnels ont un groupe de travail, une commission sur l'accès au logement, le maintien dans le logement, le relogement. Pour cela, il y a plusieurs dimensions : la formation, les conventions, la création de dispositifs de veille et de soutien et les instances de concertation. Les formations sont un peu bancales. L'une des priorités est de mailler le territoire de professionnels sensibilisés à la santé mentale, ce qui leur permettra de mieux repérer les signes de souffrance psychique et de mieux orienter vers les ressources territoriales. Un petit mot sur la souffrance psychique : on ne souffre pas psychologiquement tout le temps. Il y a tout de même des moments où l'on s'ouffre et là, il faut s'occuper des gens. Quelqu'un qui est en permanence en souffrance psychique, c'est épouvantable. Là aussi, il faut faire attention aux termes que l'on emploie. Ceci dit, quand on va mal, il faut que ce soit repéré pour pouvoir être aidé.

Pour citer des exemples de formations – nous en avons peut-être oublié, dans le catalogue des multiples actions mises en place, il faudra nous le dire –, il y a la formation des gardiens d'immeuble, à Nanterre, Montreuil, dans le Val-d'Oise, à Paris 20^e, Suresnes, etc. On peut citer aussi la formation des agents de résidence à Vaulx-en-Velin, 70 agents issus de l'ensemble des organismes bailleurs du territoire qui étaient présents pour les trois sessions de formation. C'est tout à fait remarquable. C'est une ville qui a décidé, avec la psychiatrie publique, d'organiser des formations.

Une autre manière de s'occuper du logement, ce sont les conventions et chartes entre la mairie, les bailleurs sociaux et la psychiatrie afin de mettre des logements à disposition pour des personnes présentant des troubles psychiques. Metz, Nantes, Reims, Lille, une quantité de villes ont mis en place de telles chartes.

Il existe aussi des protocoles d'accord pour le traitement des situations

présentant le syndrome de Diogène. Toulouse a par exemple mis en place un protocole d'accord avec l'ensemble des partenaires. Quand quelqu'un a un syndrome de Diogène, une intervention est déclenchée.

Un accord-cadre a également été signé entre Rennes métropole, la ville de Rennes, la psychiatrie et les bailleurs sur trois axes : intermédiation locative, cadre d'échange autour de situations individuelles et culture commune, formation et réflexion. À Rennes, ils ne cessent de nous dire qu'ils n'ont pas de problèmes pour loger les gens parce qu'ils ont un parc suffisant et qu'ils ont un accès assez important au niveau des bailleurs sociaux.

La création de dispositifs est une autre manière de faire du logement. Par un état des lieux territorial, les membres du CLSM identifient les besoins et priorités du territoire. Parmi les dispositifs, on peut citer des SAVS handicap psychique à Choisy-le-Roi, au Pays de Saint-Malo. Ce sont des créations du CLSM. Il y a aussi des projets d'équipes dédiées de psychiatrie pour les bailleurs sociaux issus de la dynamique des CLSM à Paris 13^e et Paris 20^e et des projets de résidences d'accueil à la communauté de communes de Morlaix, à Montreuil, et peut-être d'autres, puisque j'ai entendu des expériences hier et aujourd'hui.

Le CLSM a aussi un rôle de veille et de soutien. Il a un rôle de veille sur les initiatives des acteurs du territoire. Le CLSM de Lille et Roubaix est impliqué dans le déploiement du dispositif Logipsy, une intervention à domicile d'un trinôme de professionnels pour garantir le maintien et le retour à domicile. Le CLSM de Marseille apporte un soutien aux initiatives locales : appartements thérapeutiques, SAMSAH handicap psychique, maisons relais, familles gouvernantes, appartements associatifs... Marseille foisonne d'initiatives. Il y a également la présentation de projets nationaux innovants, « Un chez-soi d'abord », par les CLSM de Saint-Brieuc, Rennes, etc.

Enfin, il existe des instances de concertation pour permettre le maintien dans le logement. Ce sont des commissions d'aide pour les personnes qui croisent les difficultés de santé psychique et d'habitat. Il y a ainsi un groupe ressource santé psychique et logement à Lyon 3^e et à Lyon 8^e, des réseaux santé mentale et logement à Marseille – 173 situations présentées en huit ans –, le réseau d'examen de situations complexes strasbourgeois en lien avec le logement et l'hébergement, le Regico, et la commission logement du Conseil intercommunal santé, santé mentale et citoyenne de Mons-en-Barœul, dont la présidente, Rania Chabane, est ici présente. Cette commission a attribué 152 ou 153 logements en vingt-cinq ans. Vous voyez que quand on s'y met, quand les maires sont d'accord, cela ne pose pas trop de problèmes.

En conclusion, le CLSM est une démarche politique horizontale territoriale qui permet d'intégrer la santé mentale dans le champ de la santé publique. C'est une prévention globale, je le répète, et non une prévention spécifique, avec une prise en compte de la citoyenneté pour tous, une démocratie participative locale, à laquelle nous sommes un certain nombre à tenir, une prise en charge globale décloisonnée de proximité, l'accès aux soins, l'inclusion, l'accompagnement.

Une réunion sur la santé mentale s'est tenue hier au ministère avec les représentants de l'Union européenne. J'ai présenté le CLSM et je me suis rendu compte que l'EU Compass, qui est le compas pour la santé mentale en Europe, avait donné six principes. Quand vous lisez les six principes d'EU Compass, ce sont exactement les six principes des conseils locaux de santé mentale : une approche de santé publique associant promotion, prévention et traitement pour tous les citoyens à tous les âges de la vie, une approche multisectorielle qui promeut les droits humains et lutte contre les discriminations, qui est socialement inclusive, basée sur la participation de la cité, qui promeut l'empowerment des usagers et des familles et qui évalue la satisfaction des citoyens par rapport aux politiques locales en santé mentale. C'est ce que vous avez tous créé un peu partout et l'Europe s'est rendu compte qu'il y avait une application locale en France, un petit pays, avec des Gaulois, alors qu'elle ne le savait même pas. Et nous non plus, nous ne savions pas que nous répondions aux critères européens.

L'adresse du site du centre de ressources est <http://clsm-ccoms.org>. C'est Pauline Guézennec qui en est la chargée de mission.

Puisque nous faisons de la publicité pour les différents colloques ici, nous organisons fin mars, à Lille, un colloque sur le thème « citoyenneté et empowerment en santé mentale ». Nous aimerions bien que tous les professionnels viennent accompagnés d'un usager ou d'une famille pour pouvoir promouvoir la co-construction, telle qu'elle est dite dans tous les textes et que l'on ne voit pas beaucoup venir. Nous avons demandé ce matin qui était usager ou famille et il y en a encore très peu dans la salle.

Merci.

Applaudissements

« Rania Chabane »

Merci, Jean-Luc. Ce que je retiens, c'est que les CLSM ont une approche populationnelle qui permet de fédérer les acteurs, de décloisonner, de faire ce travail en commun, pour une meilleure appropriation de l'ensemble des problématiques. Et au regard des exemples que tu as donnés, le CLSM est également un acteur essentiel pour toute la problématique qui nous occupe aujourd'hui, c'est-à-dire la problématique de l'habitat. Je pense que vous pouvez vous rapprocher de Pauline, si vous êtes intéressé par les initiatives qui ont été évoquées aujourd'hui, pour qu'elle puisse vous donner des compléments.

« Jean-Luc Roelandt »

En principe, une partie du site du centre national de ressources est ouverte aux coordinateurs, qui peuvent échanger entre eux. L'idéal est de mettre toutes les expériences sur le site. Si vous avez un problème de logement, quel qu'il soit, toutes les villes pourront regarder ce qui a été mis en place un peu partout. Cela permettra aussi le *benchmarking*, le parangonnage en français, pour l'ensemble des structures associatives et même les usagers. C'est un outil démocratique qui est ouvert.

« Rania Chabane »

Nous avons vu que le CLSM était un outil essentiel pour fédérer les acteurs. Nous allons maintenant descendre un peu plus sur le niveau local avec Dominique Testart, qui va nous indiquer comment, dans sa structure, dans son activité quotidienne, il a réussi à développer cette coopération entre les différents acteurs sur son territoire.

DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ENTRE LES ACTEURS D'UN TERRITOIRE DE PROXIMITÉ

☞ **Dominique Testart,**

directeur adjoint du centre hospitalier Édouard-Toulouse, administrateur du GCSMS Coordination marseillaise habitat et santé mentale

Merci. C'est bien gentil de considérer que j'ai réussi quelque chose, avec une structure qui est encore bien jeune.

En transition avec ce qui s'est dit en fin de matinée et dans l'attente que le service public de santé mentale renaisse de ses cendres tel le phénix, je vais vous présenter une jeune structure de coordination, puisqu'il faut bien coordonner dans cette attente, qui a été créée à Marseille il y a quelque temps. Mme Auffret disait ce matin que nous étions très créatifs mais pas toujours ordonnés. Jean-Luc Roelandt vient de rappeler qu'effectivement, à Marseille, nous étions très créatifs. L'idée est qu'en même temps que nous sommes créatifs, nous soyons coordonnés sur ces innovations. Cela dit, nous ne partons pas de rien.

Le problème d'accès et de maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, mobilise de nombreux acteurs à Marseille depuis de nombreuses années. Nous avons vu l'IML, hier. Avant le GCSMS, il y avait un réseau qui s'appelait Habiter ensemble, les RSML, qui existent depuis quelques années. C'est justement sur ce socle qu'il y a un quelques années, un certain nombre d'acteurs, dont certains sont d'ailleurs dans la salle, initiateurs de cette démarche, ont tenu à structurer ce réseau de soutien entre professionnels, qui intervenaient tous beaucoup dans ce domaine. Nous sommes très nombreux. Je ne vais pas citer tous les membres du groupement de coopération. Il faut juste savoir que c'est parti de quatre initiateurs. Nous sommes maintenant onze, plus trois partenaires associés. Je regarde ma coordinatrice : si je me trompe elle me fera signe. Le grand intérêt de cette coordination est d'avoir à la fois des bailleurs sociaux, du social, au sens pur, du médico-social et du sanitaire, c'est-à-dire vraiment l'ensemble des dispositifs susceptibles d'intervenir sur ces problématiques de logement. Depuis maintenant août 2014, une convention partenariale a été signée et la création du groupement ne date que de juin 2016. C'est donc encore très récent.

Le groupement a une fonction territoriale. Pour l'instant, ce territoire est limité aux secteurs de psychiatrie qui dépendent du centre hospitalier Édouard-Toulouse, c'est-à-dire, grosso modo, les quartiers nord et l'extrême centre-ville. Il a vocation à s'étendre sur l'ensemble du territoire marseillais, notamment sur les secteurs dépendant du centre hospitalier Valvert et de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille. Nous savons depuis quelques jours que le centre hospitalier Valvert a voté favorablement à son adhésion au groupement de coopération. Cela va nous permettre d'étendre le champ d'action de ce dernier. Il est apparu immédiatement aux initiateurs qu'il était extrêmement difficile d'imaginer sur ces sujets sans travailler sur l'ensemble du territoire de la ville de Marseille.

L'ARS nous a financés dans le cadre du pacte de cohésion pour la ville de Marseille, que l'on a appelé le plan Ayrault, à l'époque. Nous avons eu la chance de bénéficier d'un coordinateur, en l'occurrence, une coordinatrice, Laure Plais-Richard, qui est ici. Nous nous sommes véritablement mis en ordre de marche il y a maintenant quelques dix-huit mois.

Ce groupement a déjà fait l'objet, et c'est d'ailleurs très agréable, d'une mention dans un rapport national, le rapport Laforcade, au titre des innovations. Comme le disait Magali Coldefy, toute innovation est appelée à se pérenniser et à essayer. J'espère donc que nous pourrions faire de nombreux groupements de coopération. Un groupement de coopération sociale et médico-sociale a déjà été créé au niveau national, à objet unique, pour le dispositif *Housing first*, dont nous avons déjà parlé dans cette enceinte.

La Coordination marseillaise santé mentale et habitat a une double vocation. Nous sommes d'abord véritablement dans l'inter-partenarial, dans l'idée de favoriser les échanges entre des cultures très différentes, de rapprocher ces cultures professionnelles, de mettre en lien, de contribuer à la formation, des formations croisées d'ailleurs. C'est l'articulation des membres du groupement. Le groupement a également une vocation à se projeter vers l'extérieur, notamment autour de l'articulation des politiques publiques, du développement de la participation des usagers. À l'intérieur du groupement de coopération, il y a une association d'usagers et l'Unafam est partenaire associé.

Les initiateurs de ce groupement ont choisi un statut juridique fort parce que les groupements de coopération sociale et médico-sociale, pour ceux qui connaissent les textes, ont été créés avec deux vocations principales : soit la mise en commun de moyens, soit le portage d'autorisations. C'est en tout cas ce qui était prévu par les textes qui ont créé ces grou-

pements de coopération. C'est donc l'émanation d'une vraie volonté de structurer une coordination autour d'un outil juridique fort, avec aussi, en ce qui concerne notre coordination, la volonté de s'intéresser à la totalité des problématiques liées à l'habitat et au logement. Vous avez vu que les réseaux santé mentale et logement existent depuis longtemps. Ils avaient initialement vocation à ne s'occuper que des problématiques de maintien dans le logement. La Coordination marseillaise santé mentale et habitat a véritablement vocation à s'intéresser aussi bien aux problèmes liés à l'accès : le problème des manques de logement, les baux glissants, l'intermédiation locative, avec un nombre de places malheureusement insuffisant, le manque de places dans les structures collectives ou semi-collectives..., qu'à toutes les problématiques liées au maintien, à savoir les problèmes d'incurie, «l'aller vers», l'accompagnement, les problèmes d'expulsion, c'est-à-dire tout ce que rencontrent tous les acteurs qui travaillent sur ces sujets. Voilà pour le premier temps de présentation générale.

Une fois que j'ai dit cela, je n'ai pas tout à fait rempli mon contrat, au regard du titre de la table ronde, « articuler les acteurs, c'est-à-dire ? ». Articuler les acteurs n'est jamais facile. Les coordonner, mettre en place des coopérations n'est jamais facile. Un certain nombre d'écueils et de freins peuvent apparaître. Certains ont déjà été évoqués depuis hier. Je vais en citer quelques-uns. Cela permettra ensuite de lancer la discussion. Je commencerai par les freins et j'évoquerai ensuite un certain nombre d'avantages non négligeables de cette mise en œuvre de la coopération.

Pour que vous sachiez d'où je parle, je suis directeur d'hôpital. Il n'y en a pas beaucoup dans la salle. Le premier écueil que je vois à ce type de structure, notamment lorsque l'on a vu apparaître les textes sur les groupements de coopération sanitaire et les groupements de coopération sociale et médico-sociale, c'était un certain nombre de groupements un peu cosmétiques. Je fais un peu de provocation... Avec ce type de coopération, il faut éviter le syndrome de « maison Potemkine », en quelque sorte, c'est-à-dire avec une façade rutilante mais au contenu finalement beaucoup moins intéressant. Je pense qu'il est extrêmement important que les acteurs soient pleinement impliqués dans ce type de démarche coopérative.

Le deuxième écueil, le deuxième frein que l'on peut voir pour ce type de démarche, c'est le risque que le montage ne tienne finalement qu'aux militants qui en ont été à l'origine et que cela s'étiolle au fil des ans. Nous avons la chance d'être une structure très jeune et pour l'instant, nous sommes donc tous très militants. Mais je crois qu'il faut d'ores et déjà préparer l'avenir. Dans toutes nos institutions, je pense qu'il faudra que

les hôpitaux, en ce qui nous concerne, les bailleurs sociaux, les structures médico-sociales se saisissent vraiment complètement du sujet en interne, dans leur projet d'établissement, que ce soit relayé, que l'on sache comment impliquer les équipes qui travaillent dans ces institutions. Je le dis parce que nous le vivons au quotidien. Encore une fois, je suis directeur adjoint de l'établissement hospitalier promoteur. Or à l'intérieur du centre hospitalier Édouard-Toulouse, il y a encore un certain nombre de secteurs de psychiatrie pour lesquels cette problématique est certes importante, mais pas forcément dans le cadre de la démarche de groupement que nous avons initiée. C'est un travail extrêmement important auquel s'est attelée notre coordinatrice.

Le troisième écueil, c'est que plus vous avez de membres différents qui travaillent pour partie sur des champs assez identiques, plus vous avez le risque de ce que j'appelle « coopération versus concurrence ». Comme cela a été évoqué à plusieurs reprises, nous travaillons dans un monde où les financements sont restreints, souvent dans les modalités d'appels à projets, logique d'appels à projets qui induit la concurrence. Nous savons très bien qu'un certain nombre de structures, quelles qu'elles soient, peuvent trouver intérêt à se positionner sur des logiques opportunistes. Quelqu'un l'a d'ailleurs dit ce matin. Je crois que c'était la personne de l'Unafop qui indiquait que l'on pouvait très vite se retrouver avec des outils inadaptés, justement parce qu'il y avait des effets d'aubaine et des logiques opportunistes qui finalement, ne répondaient pas complètement aux besoins. Il faut quand même voir les choses en face. Après une carrière de directeur d'hôpital, je peux vous dire que l'on sait ce que c'est que d'avoir des structures inadaptées et d'être obligés de répondre à des effets d'aubaine.

Ce sont les écueils qui me paraissent les plus importants. Par ailleurs, ce que nous vivons depuis dix-huit mois dans l'assemblée générale, c'est, non pas cette difficulté, mais cette problématique permanente d'avoir des différences de champs institutionnels, de financeurs, de tutelles, qui nous obligent chaque fois à décentrer notre regard. Cela, c'est fondamental. C'est pour moi l'élément le plus important que je vis dans ce groupement : cela m'a obligé à décentrer mon regard, moi, l'hospitalier pur et dur et de plus, plutôt jacobin, à titre personnel, et plutôt adepte du centralisme démocratique. Finalement, cela soigne, ce type de structure !

Mais au bout du compte, on se rend compte que les avantages que l'on en tire sont largement supérieurs aux risques et aux écueils que l'on rencontre. Le fait que nous soyons très jeunes et que nous soyons nés à une période où les politiques publiques en matière de santé mentale sont en train d'évoluer de manière massive nous est très favorable. J'ai appelé

cette opportunité « la concordance des temps ». Les nouveaux axes de politiques autour de la notion de parcours collent parfaitement avec les articulations que nous essayons de promouvoir dans ce type de groupement, puisque si l'on fait le compte, sur les onze acteurs, il y a la totalité des acteurs nécessaires pour travailler sur un parcours de vie de qualité pour les personnes souffrant de troubles psychiques. C'est une première chose. La deuxième chose, cela a été évoqué hier matin par Nicolas Henckès – je ne l'ai malheureusement pas vu, mais j'en ai entendu parler –, c'est l'idée que finalement, la planification, ce n'est pas si mal que cela. C'est la raison pour laquelle je disais que j'étais jacobin. Je suis donc assez content. C'est-à-dire que les initiatives, c'est extrêmement enrichissant, mais la possibilité de planifier une organisation générale autour de ces problématiques majeures de parcours de vie de patients dont on sait qu'ils ont longtemps été saucissonnés entre de nombreux acteurs, est fondamentale.

Le groupement de coopération sociale et médico-sociale, je l'espère, pourra intervenir de manière active, notamment dans le programme logement qui est prévu dans le cadre du projet territorial de santé mentale de l'article 69 de la loi de 2016, puisqu'à mon avis, il a tout à fait son rôle. Mais il est vrai qu'il y a territoire et territoire. Nous, nous sommes sur un territoire de proximité. Nous avons encore à travailler avec l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille pour qu'elle intègre la coordination afin de couvrir tout le territoire marseillais. Le projet territorial de santé mentale se fera probablement au niveau du département. Il faudra donc, très clairement, réfléchir à une façon de travailler. Mais en tout état de cause, pour moi, c'est fondamental.

Nous avons beaucoup discuté aussi d'une autre opportunité très intéressante dans ce type de démarche, qui est la possibilité de développer des pratiques innovantes. C'est dans la discussion commune que l'on voit émerger des idées, et qui me paraissent intéressantes.

Le statut du groupement apporte une structuration à la coopération et garantit une meilleure représentation des intérêts collectifs de l'ensemble des membres, et c'est un élément très important. La gouvernance d'un groupement de coopération facilite quand même le travail, parce qu'une assemblée générale et un administrateur, c'est souple, c'est facile à faire fonctionner. C'est une très bonne chose. Le statut permet aussi une grande diversité d'actions, dans des champs très différents.

Nous sommes vraiment au tout début d'une expérience que pour ma part, j'ai prise en route. Je me sens un peu comme le coucou qui vient s'installer dans le nid de personnes qui étaient très actives bien avant mon arrivée dans ces fonctions, et je suis véritablement le porte-parole des

onze membres et des trois partenaires associés. Je n'entrerai pas dans le détail de ce qui a déjà été enclenché parce que ce serait trop long, mais je souligne tout de même une chose, puisque c'est en rapport avec le CCOMS et que je ne l'ai pas évoqué : l'un des objectifs du groupement est de développer les actions de recherche et nous sommes donc partenaires du CCOMS dans une recherche qui s'appelle « comment font nos voisins ? », ou un titre approchant, qui porte sur les problématiques de logement dans les pays européens. C'est un appel à projets de la CNSA et nous y prendrons toute notre part. Ce ne sera qu'un premier dossier.

Je vais m'arrêter là et je vous remercie.

Applaudissements

«• Rania Chabane

Merci, Dominique. J'ai bien entendu que la planification, ce n'était pas si mal que cela. La planification passe par des documents de programmation : PLH, programmation de construction de logements nouveaux, réhabilitations, programmation de rénovation urbaine... Un jour, il faudra que l'on pense au fait que les programmes de rénovation urbaine ne sont pas là pour chasser les pauvres et les personnes les plus fragiles ou en souffrance psychique. Cela laisse d'ailleurs la réflexion sur la place des intercommunalités dans cette question du logement et de la santé mentale. Ce sont aussi le PDLPD Dalo et tous les documents d'urbanisme, qui devraient laisser une part plus grande et plus favorable à la santé mentale.

Madame Attar, directrice générale de Toit et joie, maintenant que nous sommes passés du CLSM, qui coordonne, à la Coordination marseillaise habitat et santé mentale, qui assure un travail de coordination militant, en proximité, mais qui est en construction, vous allez nous dire comment un bailleur se positionne dans ce cosmos pour programmer du logement, permettre l'accession à ce logement et le maintien des personnes qui sont en souffrance psychique.

PROGRAMMER DU LOGEMENT ACCESSIBLE AUX PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE : LEVIERS ET CONTRAINTES

« Michèle Attar,

directrice générale du groupe Poste Habitat

Merci. Bonjour à tous. Je suis directeur général du groupe Poste Habitat, la SA HLM Toit et Joie étant l'une des composantes de ce groupe, filiale de la Poste.

Je voudrais commencer par dire que le logement, comme cela a été très bien dit ce matin, cela ne fait pas tout l'habitat. Le logement est une petite entité. Ce sont quelques mètres carrés dans un couloir qui appartient à une cage d'escalier qui appartient à un immeuble qui lui-même appartient à une rue, à un quartier, à une ville, etc. Par conséquent, gérer du logement, c'est gérer toutes ces interfaces pour faire en sorte que tous les locataires dont nous avons la responsabilité, en tout cas, en termes de logement, puissent interagir dans cet espace et cela, de la façon la plus harmonieuse possible. C'est finalement là, la difficulté d'un bailleur, qui comme je le fais, gère 15 000 logements.

Nous gérons l'équivalent d'une ville de 45 000 habitants, avec toutes les pathologies, tous les bonheurs, tous les malheurs, toutes les crises que l'on peut rencontrer, et il faut le gérer en prenant en compte un ensemble, cet ensemble qui est un peu complexe et également, en prenant en compte les unités. Je n'arrête pas de dire à mes salariés et à mes équipes que nous avons en face de nous des individus et qu'on ne peut pas les traiter en masse : il faut traiter les individus avec leur individualité. Et il est beaucoup plus facile de traiter un locataire sympathique qu'un locataire antipathique. Mais nous devons quand même rendre un service, y compris aux locataires antipathiques. Nous allons venir aux catégories qui vous intéressent.

La question qui m'a été posée est la suivante : « comment programme-t-on du logement et comment fabrique-t-on des logements spécifiques (par opposition ou plutôt distinction du logement familial) ? ». Je vais vous répondre de façon un peu macro. Mais mes propos n'engagent que moi. On ne sait pas programmer du logement en France. Sinon, on ne

serait pas en crise du logement depuis l'après-guerre. Cela fait quarante ans que je travaille dans les HLM, mais si on lit l'histoire, depuis la reconstruction, on vit de crise du logement en crise du logement, et l'on n'est jamais sorti de la crise du logement. Cela veut donc quand même dire que soit on ne sait pas définir une crise, soit on ne sait pas bien programmer du logement.

Cela tient à beaucoup de choses. Cela tient au fait que nous avons toujours eu des dirigeants très jacobins. Moi aussi, je suis jacobine, mais ils ne savent pas forcément calculer ce qui produit des besoins en logement. Ce qui produit des besoins en logement, c'est très simple : c'est l'augmentation de la population, le taux d'immigration, la décohabitation et éventuellement, le renouvellement du parc lorsque l'on détruit. Comme on ne veut pas faire d'hypothèses plausibles sur l'immigration, on se trompe tout le temps. Dans les meilleures années, pour le logement social, on est arrivé à faire 100 000 logements. C'était le cas les deux dernières années, et l'on va continuer les politiques de stop-and-go et je vous assure que le choc de l'offre voulu par notre nouveau président de la République, nous allons l'avoir l'année prochaine, vu ce qui se prépare pour les organismes d'HLM : nous allons voir la production plonger, et de façon considérable. C'est un cri d'alerte sur les HLM en danger que je me permets de lancer aujourd'hui.

Applaudissements

Dans ce marasme, dans ces difficultés, il y a quand même un certain nombre de gens, dans le mouvement HLM, qui ont la volonté de faire et qui programment du logement parce qu'il faut répondre aux besoins de nos concitoyens. La difficulté de la programmation, c'est d'abord de savoir identifier ces besoins, de répondre à un instant T à ces besoins, pour des logements qui vont durer cinquante ans. Il faut donc qu'ils ne soient pas obsolètes, parce qu'il n'y a rien de plus immobile que l'immobilier. Une fois que vous avez des logements, d'abord on ne peut pas les déplacer : ce ne sont pas des caravanes. Et quand il s'agit de les restructurer et de transformer trois T1 en 1 T4 (il est très facile, conceptuellement, de se dire que l'on transforme trois T1 pour en faire un T4), mais c'est très compliqué dans les faits, parce qu'il y a quand même des colonnes avec les descentes d'eau, les descentes de fluides... Ce n'est pas si simple que cela. Nous essayons donc de faire avec la vision que nous avons de ce que peut être le logement.

Derrière toute volonté de programmation importante, il y a, bien évidemment, la volonté d'un certain nombre de bailleurs. Je vous raconterai que nous, Toit et Joie, nous nous sommes engagés dans le logement des personnes souffrant de handicap mental, mais il y a d'autres grandes causes. Je vais vous donner un exemple qui me paraît extrêmement parlant, celui du logement des étudiants. Nous avons un déficit très, très fort de logements étudiants en France, qui a conduit les deux gouvernements qui viennent de se succéder à mettre en place des plans logement des étudiants, parce que cela commençait à devenir relativement catastrophique et que même dans les programmes Erasmus, la France était l'un des pays qui accueillait le moins d'étudiants parce qu'il n'y avait pas moyen de se loger dans des villes comme Paris. Le gouvernement Hollande a donc décidé de faire 40 000 logements en cinq ans. Cela s'est fait non pas sous l'égide du ministère du Logement, mais sous l'égide du ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, qui a mis des coordonnateurs, des boosters, des gens qui ont surveillé tout ce qui se passait et qui ont levé les freins aux permis de construire qui étaient bloqués, etc. Le résultat est qu'ils ont quand même fait 45 000 logements dans les cinq ans.

Pour ce qui nous concerne, on peut s'inspirer de cette méthode et dire, avec le ministère de la Santé, que l'on peut mettre à disposition ou produire des logements pour les personnes qui sont vos publics. Cela suppose d'avoir une véritable volonté politique et là, on n'est pas forcément obligé d'agir sur le flux, on peut aussi agir sur le stock, parce que nous avons 4,1 millions de logements sociaux en France. Si l'on ajoute le patrimoine des SEM, on est à 4,5 millions de logements, ce qui n'est quand même pas négligeable : il y a de quoi faire avec cela. Il y a d'autant plus de quoi faire que finalement, le logement qui nous intéresse, à la différence du logement étudiant, qui a quand même des caractéristiques spécifiques – une surface de 18 m² au minimum, des salles de travail, quand les résidences étudiantes sont bien faites, etc. –, le logement qui nous intéresse est un logement qui n'a aucune spécificité architecturale ou spatiale. C'est un logement qui est complètement banalisé. Il vous faut un T1, un T2, un T3. Ainsi des ménages qui perçoivent l'AAH, l'allocation aux adultes handicapés, et disposent de 800 ou 900 €, ont leur place dans le patrimoine HLM. Nous logeons quantité de gens qui ont ce type de revenu. Encore faut-il, et nous revenons là à la programmation, que lorsque l'on construit, en agissant donc sur le flux, on construise des logements qui soient adaptés à des personnes ayant ce type de revenu.

Je ne vais pas vous inonder de sigles, mais il y a trois types de logements que l'on construit en France. Les PLAi sont des logements pour les personnes les plus modestes, avec un « i » qui veut dire « insertion » : ce

sont les prêts locatifs aidés avec insertion. Il n'y a jamais eu d'insertion dans le PLAi, mais c'est quand même fait pour cela. Il y a le logement banal, le plus traditionnel, qui est le logement PLUS. En Île-de-France, c'est un loyer à 7 €/m², sachant que le PLAi, c'est 5 €/m². Enfin, il y a le logement dit « intermédiaire », avec des PLS ou des PLI, à 12 €/m² en Île-de-France. Si l'on veut loger des gens qui disposent de 800 € par mois, il faut faire des PLAi. On n'en fait pas suffisamment, pour une simple et bonne raison : c'est le logement qui coûte le plus cher à l'État. C'est le seul sur lequel il reste une subvention en aide à la pierre, alors que sur le PLS et le PLUS, il n'y a plus de subvention : il n'y a plus d'aide à la pierre. Il s'agit donc, là encore, d'un enjeu politique. Si l'on dit que l'on fait un programme de 5 000 logements – je dis un chiffre au hasard, parce que c'est vous les spécialistes qui savez combien il faudra produire de logements et où –, mais si l'on dit qu'il faut produire 5 000 logements pour des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, il faut bien préciser qu'il faut que ce soient des PLAi, parce qu'effectivement, ces ménages, en général, ont assez peu de ressources, même si je sais que la santé mentale touche aussi Versailles. Pour ce qui concerne le logement social, il faut plutôt viser du PLAi. Je pense que vous me rejoignez sur ce point.

Par ailleurs, il y a une programmation spatiale. J'ai dit que j'étais directrice d'un organisme qui a 15 000 logements en Île-de-France. Je suis aussi présidente d'une société d'HLM qui a 5 000 logements sur des territoires ruraux dans le Massif central. Il n'y a pas de problèmes dans le Massif central, dès lors qu'il y a une véritable volonté politique, parce que l'on a des logements et que dès qu'un accord se noue entre l'hôpital psychiatrique et le bailleur social que je représente (Polygone), nous arrivons à faire quelque chose. J'en veux pour preuve que le médecin chef de l'hôpital psychiatrique a souhaité réaliser en centre-ville une résidence pour personnes souffrant de maladie mentale. Nous l'avons faite en plein centre-ville d'Aurillac, nous avons eu des PLAi pour la faire, c'était extrêmement simple, et les prescriptions n'étaient pas très compliquées : il fallait faire des studios un peu spacieux. C'était dans un ancien bâtiment magnifique, avec des parquets en point de Hongrie anciens... Il n'y avait aucun problème de construction. Le vrai problème, c'était de convaincre la ville que l'on allait mettre en centre-ville des gens qui souffraient de handicap mental. Le problème était celui-là. À partir du moment où ce problème a été levé, le problème technique n'existait plus. Il n'était pas difficile de construire cette résidence qui vit très bien, tout le monde est rassuré, et ce sont les gens de l'hôpital psychiatrique qui suivent les personnes qui y sont logées. Pour l'anecdote, ce qui m'a frappée, en visitant cette résidence habitée, qui est vraiment extrêmement jolie, avec de beaux

appartements, c'est que les appartements sont ouverts : dans la journée, les gens ne ferment pas leur porte. Ils vivent dans un espace qui est le leur, leur appartement, mais la porte est grande ouverte. Ils passent d'un appartement à l'autre et l'on se sent comme dans une pension de famille. Même si physiquement, ce sont des logements, cela ressemble plus à une pension de famille qu'à du logement traditionnel. Ce genre de résidence ne pose donc pas de difficulté majeure, dès lors qu'il y a une volonté.

Dans Paris, de la même façon, quand on répond avec une association – pour notre part, nous travaillons avec Aurore, qui est largement représentée aujourd'hui – à un appel à projets, nous partons généralement d'un bâtiment ou d'une emprise foncière. Quand on trouve, par exemple, un bâtiment qui a des murs de refend partout, dont on se dit qu'il serait coûteux de tout démolir, qui serait inadapté pour faire des T1 ou des T1 bis ou de petits logements, alors on pense qu'il serait adapté à un centre d'accueil et que cela peut nous permettre avec une association de répondre à un appel à projets.

C'est là que l'on se retrouve avec la logique de silo, que je conteste beaucoup, parce que nous sommes sur des publics extrêmement segmentés : on fait un bâtiment pour les autistes, on fait un bâtiment pour les femmes seules... Pour les femmes seules, il y a beaucoup de subtilité. Il y a les femmes seules battues avec enfants, les femmes seules battues sans enfants, les femmes seules... Et tout cela conditionne les financements. Quand, en plus, la Région veut des femmes seules avec enfants, que la ville veut des femmes seules sans enfants – mais toutes des femmes battues –, que le ministère des Droits de la femme dit qu'il faut des femmes avec et sans enfants, vous, vous êtes en train d'aller, avec votre petite sébile, de guichet de financement en guichet de financement pour essayer de monter le projet. Il faut avoir la foi chevillée au corps, parce que cela fait un an que cela dure. Il me semble que cette politique de silo est assez préjudiciable à l'insertion des gens dans la ville. Je peux comprendre que les femmes battues aient besoin d'un lieu qui soit sécurisé, où l'on va installer une personne pour garder l'immeuble, mais franchement, je n'en suis pas totalement convaincue, parce que notre modèle, à nous, c'est d'avoir des gardiens logés partout. Si vous avez un gardien logé, il peut appeler la police, si quelque chose se passe, de même qu'il appelle l'équipe mobile d'Aurore quand nous avons quelque chose qui se passe avec quelqu'un du programme « Un chez-soi d'abord ».

Ceci me permet d'en venir à notre action dans la santé mentale. Au départ, nous avons été sollicités pour accueillir des schizophrènes à la rue, tirés au sort dans le programme « Un chez-soi d'abord ». Nous avons

mis dix appartements à disposition dans Paris pour ce programme. Nous avons un taux de réussite de 80 % : huit sur dix. Cela s'est très bien passé d'abord, et c'est la clé de la réussite pour nous, parce que l'équipe pluridisciplinaire d'Aurore – psychiatres, psychologues, éducateurs, etc. – est de qualité et fait du bon travail, mais aussi parce que nous avons formé notre personnel. Nous avons dit que cela ne se passerait que dans des immeubles où il y a un gardien qui peut donner l'alerte si la personne ne va pas bien, si elle fait venir tous les toxicomanes de la rue pour les faire bénéficier de son petit nid douillet, etc. Cela s'est donc fait avec l'accompagnement de nos équipes, donc de nos gardiens, et avec l'accompagnement de l'ensemble de la société. Parce qu'il faut faire accepter aussi à nos salariés que l'autre, que ce soit le fou, la femme battue, l'autiste, fait partie de notre société et que cette altérité nous constitue. Il y a un travail de formation à faire dans les équipes. C'est pour cette raison que je rejoins beaucoup la dame qui disait que ce n'était pas qu'une histoire de logement. Je me bats souvent dans les DRIHL et dans les préfectures en disant que je ne suis pas un donneur de béton et de toit. Si mon entreprise n'est pas impliquée dans ce que nous proposons, si nous ne le faisons pas avec les associations, si le pôle social de notre organisme HLM n'est pas associé, s'il n'y a pas une formation du personnel, cela ne fonctionnera pas. Nous ne sommes pas là que pour donner des toits, sinon, les gens vont les rejeter, et l'on ne saura pas expliquer aux autres locataires qui est l'autre, quel qu'il soit. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre...

Une fois que nous avons intégré les dix personnes schizophrènes tirées au sort, suivies par l'équipe d'Aurore, nous nous sommes demandé pourquoi finalement cette équipe intervenait pour les dix et pas pour tous ceux que nous avons dans le patrimoine et qui posent problème. Nous en avons beaucoup dans le patrimoine. Je ne suis moi-même pas compétente pour poser des diagnostics. C'est le travail des médecins. Mais entre les syndromes de Diogène, le gars qui un jour déjante et qui plante son couteau à huitres dans le bras de la gardienne, celui qui se jette par la fenêtre, celui qui souffre, etc., nous avons tous ces profils dans notre patrimoine. Nous avons donc sollicité Aurore, qui a mis en place une autre équipe, qui a été très bien évoquée ce matin, une équipe de psychologues qui intervient pour amener les gens vers le soin.

Tout cela pour vous dire que dans un patrimoine normal, banalisé, on peut accueillir des gens qui sont autres, qui sont différents, qui ont besoin d'un accompagnement social. On a inventé en France quelque chose de merveilleux, qui s'appelle l'APL, qui permet à des ménages modestes d'avoir accès à du logement bien situé et de qualité en centre-ville. Eh bien, il faut inventer quelque chose qui s'appelle l'AVDL, l'accompagne-

ment dans le logement, qui est un accompagnement social. Ces gens-là, ces gens autres, que je ne qualifie pas parce que je ne suis pas compétente, ont besoin d'être accompagnés. Nous, nous le détectons dès la commission d'attribution, et nous nous disons que pour eux, il faut, à la signature du bail, avec des gens compétents : les agents du pôle social, éducateurs, assistantes sociales... À la signature du bail, nous détectons s'ils ont un problème et s'ils ont besoin d'être accompagnés. Si c'est le cas, nous avons des indicateurs qui nous permettent d'alerter l'équipe mobile.

Je conclurai en disant que pour gérer nos 45 000 habitants, nous avons mis en place des dispositifs comme cette équipe mobile, que nous payons. Ce sont donc les pauvres qui paient pour les pauvres. Je reprends l'idée que vous avez évoquée ce matin et à laquelle j'adhère : pourquoi n'est-ce pas le service public qui paie cela ? C'est comme cela sur quantité d'aspects. C'est comme cela pour la santé mentale, mais pour la sécurité également. Entre les Pierrots de la nuit, les médiateurs de nuit, le *GPIS* pour la ville de Paris, nous payons notre sécurité, maintenant avec des médiateurs, alors que nos locataires, comme vous et moi, paient des impôts pour la sécurité et la police nationale. Pour les HLM ont-ils à payer leur sécurité ? Pourquoi les HLM ont-ils à payer leur santé mentale et l'accompagnement de leurs locataires pour faire du « vivre ensemble » ? C'est la question que je vous pose parce que je dois m'arrêter.

Applaudissements

«•• Marianne Auffret

C'est le programme «10000 logements accompagnés» qui paie. Il paiera peut-être un jour, mais là, il ne paie pas. C'est de l'argent public. Je corrige ce qui vient d'être dit.

«•• Michèle Attar

Marianne corrige, moi, j'anticipe. L'équipe a été primée dans un appel à concours. Elle est donc payée non pas par de l'argent public, mais par les HLM, dans le cadre de la Caisse de garantie du logement social. C'est donc mutualisé. Cela s'arrête à la fin de l'année. Nous avons eu le programme «équipe mobile» pendant trois ans. Dois-je dire à tous mes gardiens, à tout mon personnel, que le programme est terminé et que l'on arrête ? Non. Nous allons le payer à partir de la rentrée 2018.

Applaudissements

«•• Laurent El Ghozi

C'est mutualisé, mais ce sont quand même les HLM qui financent. C'est prélevé avec le loyer.

«•• Rania Chabane

Nous reparlerons sûrement de ces questions parce que votre propos a suscité de réactions. Je vous propose de garder vos réactions au chaud pour l'échange de tout à l'heure. Ce que je trouve rafraîchissant, dans votre discours, c'est que l'on peut faire entrer des personnes en souffrance psychique dans le patrimoine, dans le diffus, dans le banalisé, comme vous le dites, avec un accompagnement adéquat pour que ces gens, au même titre que l'ensemble des citoyens, puissent vivre leur vie confortablement et dans des logements décents.

Je vais passer la parole à Anne-Sophie Lavaud, qui est adjointe au directeur délégué à l'autonomie, de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine pour la dernière intervention. Ce sera une intervention un peu plus macro de la façon dont on peut articuler les dispositifs, de la manière de travailler entre les différents acteurs et notamment, les acteurs institutionnels.

QUELLE PLACE POUR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS DANS L'AMÉLIORATION DES PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE ?

« Anne-Sophie Lavaud,

adjointe au directeur délégué à l'autonomie, référente en santé mentale, Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine

Merci. Tout d'abord je vous remercie de cette invitation. Je n'ai pas pu participer à la journée d'hier, étant à une journée régionale de sensibilisation des professionnels de santé au sujet sensible de la radicalisation, qui évoquait plusieurs sujets connexes à celui d'aujourd'hui : la question du logement, la segmentation de l'espace urbain et social, des populations et des facteurs de vulnérabilité, des enjeux du développement de la promotion de la santé mentale et de prévention. C'étaient des thèmes connexes aux sujets d'aujourd'hui.

Je travaille au siège de l'agence régionale de santé, qui est chef de file sur l'animation de la politique régionale de santé et qui est structurée avec une délégation départementale sur chacun des territoires, puisque toute politique publique et les politiques de santé en particulier doivent se décliner, se construire sur l'ensemble des territoires.

Pour revenir au cadre qui est le nôtre, celui de la santé mentale, je souhaite revenir d'abord sur la définition, qui nous a été reprécisée par la loi de modernisation du système de santé, qui insiste sur la dimension transversale et globale de la politique de santé mentale, qui comprend bien des actions de prévention, de diagnostic et de soin – c'est ce qui paraît toujours le plus évident –, ainsi que des actions de réadaptation et de réinsertion sociale, qui méritaient d'être rappelées. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, mais pas uniquement, des médecins libéraux, donc le champ des soins primaires, des psychologues, dont la place est parfois contestée ou en tout cas, toujours un peu complexe, et l'ensemble des acteurs de prévention du logement, de l'hébergement et de l'insertion. On voit bien directement quel lien l'on peut faire avec le sujet de notre journée.

J'ai volontairement voulu situer la question de la place des acteurs institutionnels dans les parcours au niveau des « parcours de vie », parce que, quand on évoque le parcours de soins, on voit de quoi l'on parle : consultation de premier recours, les autres lieux de soin dont ceux liés à l'hospitalisation, classiquement la psychiatrie au centre de ce système, quand on parle de parcours en santé mentale. Les parcours de santé revêtent une complexité bien plus importante, puisque l'on intègre les dimensions de prévention en santé et en aval, tous les accompagnements sociaux et médico-sociaux. Quand on parle de parcours de vie, et à cet égard, je rejoins ce qui a été dit dans l'intervention précédente, on envisage la personne dans son environnement. On prend en compte la famille, l'entourage, les milieux de vie, de scolarisation, avec les dimensions de prévention, de réinsertion, de logement... Bref, en santé mentale, il me paraît difficile de ne parler que du parcours du soin, sans parler du parcours de vie des personnes.

Avoir une politique nationale de santé mentale, une politique régionale, pour ce qui me concerne, au niveau de l'agence régionale de santé, cela veut dire déjà inscrire cette politique dans un système qui est nécessairement complexe et qui nécessite la mobilisation d'un ensemble d'acteurs et de partenaires institutionnels qui sont concernés par l'ensemble de ces champs, chacun par son champ de compétence. Je ne vais pas refaire l'histoire des décentralisations successives et de la structuration des divers secteurs : sanitaire, médico-social, etc. Pour autant, le système est organisé comme cela, aujourd'hui, et si l'on veut agir de façon structurée et la plus coordonnée possible pour développer une politique de santé mentale, il faut associer l'ensemble de ces partenaires. Et cela signifie également avoir une approche qui se focalise beaucoup plus qu'auparavant sur les parcours de vie. Cela signifie aussi passer d'une logique d'offre, c'est-à-dire segmentée par silos, comme nous le savons tous, à une logique de flux, donc à des politiques qui sont plus dynamiques, des politiques avec des prestations plus individualisées et variables dans le temps, ce qui suppose d'une part de se décentrer de ce que l'on a l'habitude de faire pour se demander comment l'on pourrait faire différemment pour répondre mieux aux besoins, et d'autre part des politiques coordonnées avec d'autres, ce qui veut dire sortir de son champ de compétence que l'on connaît bien. Travailler sur les parcours, c'est se demander comment collectivement, avec l'ensemble des partenaires, on peut proposer les services adaptés et coordonnés au bon moment aux populations.

Au niveau régional, celui de l'agence régionale de santé, la mobilisation des acteurs institutionnels reste encore à renforcer. Il existe des lieux de coordination, mais avec des participations somme toute encore inégales.

Au sein de l'agence régionale de santé, nous avons ce que l'on appelle des commissions de coordination des politiques publiques. Elles portent bien leur nom : l'idée est d'arriver à travailler avec l'ensemble des partenaires institutionnels pour croiser les regards, les priorités, les orientations et définir, si possible, des axes communs sur certains enjeux partagés. La participation à ces commissions de coordination de politiques publiques, où je suis allée par exemple présenter un certain nombre de nos orientations, est tout de même assez inégale, sur le plan quantitatif. Est-ce lié à l'effet « grande région » ? Nous sommes parfois passés à de grandes régions. C'est moins le cas dans d'autres mais, en Nouvelle-Aquitaine, nous avons douze départements, donc douze MDPH, et une démultiplication des acteurs qui fait que le sentiment d'appartenance à la région, qui est nouvelle, est en construction. Nous sommes encore dans une phase d'appropriation de ce sentiment collectif de ces nouvelles régions. C'est une réalité.

Par ailleurs, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie contribuent à la concertation et à la démocratie sanitaire. Leurs activités réunissent les diverses institutions et partenaires, et sont organisées avec une commission de l'offre de soins, une commission de la prévention et une commission médico-sociale. Vous l'avez compris, si l'on veut travailler sur la politique de santé mentale, ce qui a commencé en Nouvelle-Aquitaine, cela veut dire nécessairement travailler en commission plénière, ce qui implique des dimensions très importantes.

C'est aussi à ce niveau, au niveau régional, que nous devons parler des vraies questions. Quelles sont-elles ? C'est la question du virage que l'on appelle « ambulatoire » dans le champ sanitaire et « inclusif » dans le champ médico-social. En tout cas, il parle des mêmes questions, à savoir comment l'on arrive à faire en sorte que les personnes avec des troubles, des maladies mentales ou des handicaps psychiques soient le plus insérées possible et aient les meilleures réponses dans les systèmes qui sont organisés. En réalité, les positionnements d'acteurs sont très variables sur ces questions, notamment les positions des conseils départementaux ou des MDPH.

À cet égard, je reviens sur un sujet qui a été évoqué ce matin, à savoir les pratiques différenciées des MDPH sur le handicap psychique. C'est un constat qui a été fait au niveau national. La CNSA s'est vraiment intéressée au sujet et a voulu élaborer un guide d'appui et d'évolution des pratiques professionnelles sur le handicap psychique, qui est paru récemment et qui est à destination des MDPH et de l'ensemble des partenaires. Il s'agit d'arriver à construire une culture commune sur ce qu'est

le handicap psychique, qui n'était pas, de fait, défini dans la loi de 2005, et qui était nécessaire pour parvenir à un accès aux droits le plus homogène possible sur le territoire national, ce qui, dans notre République, paraît somme toute un objectif assez louable. Ces évolutions sont en cours et nous aident, au niveau des agences régionales de santé, pour travailler avec l'ensemble des départements sur des politiques plus partagées, qui permettent l'accès aux droits, l'accès à certaines prestations, notamment la prestation de compensation du handicap, pour les handicaps psychiques en particulier.

La réponse accompagnée pour tous a également été évoquée ce matin. C'est un outil qui permet également de faire évoluer les pratiques des MDPH et de l'ensemble des partenaires. On connaît le dispositif d'orientation permanent, le DOP, qui se décline avec des groupements opérationnels de synthèse, des GOS. Là aussi, il s'agit de questions de situations complexes. Cela s'inscrit dans la mise en œuvre du rapport de Denis Piveteau, qui avait travaillé sur la façon d'organiser des réponses sur l'ensemble des territoires et pour qu'il y ait zéro « sans solution », l'objectif étant qu'il n'y ait plus de situations liées au handicap sans solution sur les territoires pour les personnes handicapées. Cela veut dire une mise en synergie très concrète autour de différents acteurs, autour des MDPH, qui sont au cœur de l'accès aux droits, à des solutions, à des orientations et à des aides adaptées.

Il y a donc plusieurs dispositifs autour du handicap psychique qui sont en train de se structurer pour faire évoluer l'ensemble des départements et des acteurs de terrain dans des approches plus « homogènes » sur le handicap psychique.

La politique régionale de santé mentale vise également à travailler sur la réduction des inégalités infrarégionales au niveau de l'offre, puisque l'on constate une hétérogénéité dans l'offre existante. C'est autant valable dans le champ sanitaire que dans le champ médico-social. De nouvelles formes d'habitat se développent, sur lesquelles je passe rapidement, parce que nous en avons déjà parlé, mais avec des services à développer à leurs côtés dont il a été aussi question avec les équipes mobiles ou les services d'accompagnement.

Il est important de structurer un espace de concertation régional sur la santé mentale. Cela existait dans certaines régions. Ce n'était pas le cas en Nouvelle-Aquitaine. Le travail dans le cadre du schéma régional de santé a lancé une dynamique transversale dans laquelle s'inscrivent les acteurs, qui sont maintenant plutôt en attente de la suite. La suite, ce sera aussi de voir comment l'on travaille maintenant à la mise en œuvre concrète

des objectifs, même si le schéma n'est pas validé et n'a pas encore été concerté formellement. Les objectifs ont déjà été partagés avec les acteurs. La question est de réfléchir à la mise en œuvre des objectifs de cette politique régionale de santé mentale. D'abord, travailler sur la politique de santé mentale en interne, au niveau de l'agence, signifie se mettre en ordre de marche, donc lutter contre nos organisations qui reproduisent elles-mêmes les cloisonnements : direction de la santé publique en charge de la prévention, de la précarité, direction de l'offre de soins et du médicosocial... Bref, les référents en santé mentale, dont je fais partie, ont pour mission de travailler à la transversalité de tous ces services et des politiques, en intégrant évidemment les délégations départementales dans cette culture commune pour travailler à la structuration d'une offre plus efficiente.

Comment tout cela s'articule-t-il? Au niveau national, cela s'articule. Il y a une volonté de mettre en réseau et en cohérence les travaux menés dans le cadre du Conseil national de santé mentale, les travaux menés dans le cadre du « copil » handicap psychique ou dans celui du « copil » psychiatrie ou encore, au sein de l'Observatoire national du suicide. À une échelle plus modeste, les agences régionales de santé ont la charge de définir les modalités de concertation qui permettent de travailler en transversalité sur ces différentes politiques, en identifiant soit des parcours prioritaires, soit des priorités partagées avec l'ensemble des partenaires, pour mettre en œuvre un certain nombre d'actions concrètes et opérationnelles.

Il existe aussi des conventions-cadres qui lient l'agence régionale de santé avec certains de ses partenaires. C'est valable notamment avec l'Éducation nationale, sur l'école inclusive, le parcours éducatif en santé, avec le développement des compétences psycho-sociales, la promotion de la santé mentale par exemple. Ce sont des choses sur lesquelles nous essayons d'avancer avec un cadrage régional, et ces cadrages régionaux se déclinent ensuite sur les territoires. Ce qui se décide et se valide au niveau régional dans les services de l'État doit se décliner au niveau des territoires, avec la déconcentration et les moyens qui sont affectés ensuite par les différents ministères.

Il y a donc une mise en œuvre territorialisée. Une politique de santé mentale se réfléchit peut-être au niveau régional mais se met surtout en œuvre au niveau des territoires, dans le cadre de sous-commissions spécialisées en santé mentale, qui émanent des conseils territoriaux en santé. J'ai déjà parlé de la réponse accompagnée pour tous, donc je passe très vite, parce que je suis déjà très en retard. Les GCS en santé mentale sont des structures de coopération sur lesquelles, en Nouvelle-Aquitaine, nous

mettons beaucoup et nous incitons vivement certains opérateurs, puisque cela avait été un modèle réussi dans l'une de nos trois ex-régions et que nous avons essayé d'importer positivement dans les deux autres, avec un taux de réussite somme toute encore variable. Mais je pense que c'est aussi parce que cela prend du temps. C'est un mode de coopération qu'il faut intégrer. En tout cas, je suis contente d'entendre qu'il n'est pas si lourd que cela d'avoir un administrateur car j'entends parfois d'autres discours. C'est surtout la manière dont on intériorise le processus, comment on se l'approprie et comment les acteurs y trouvent un intérêt réciproque qui permet de lever les contraintes organisationnelles. Je ne reviens pas sur les CLSM : nous sommes tous convaincus de leur intérêt. L'agence régionale a essayé de les promouvoir en 2016 et nous allons continuer en nous appuyant sur les collectivités territoriales partenaires et les contrats locaux de santé, qui peuvent également avoir un volet santé mentale qui intègre le CLSM.

Je vais m'attarder deux minutes sur le projet territorial de santé mentale, parce que cela me paraît un projet fédérateur extrêmement important pour les acteurs de la santé mentale, mais également pour l'agence régionale de santé, parce que c'est par ce projet territorial de santé mentale que nous voulons donner une vision sur ce que l'on veut construire sur chacun des territoires, en s'appuyant sur ce qui existe déjà en proximité, d'où l'intérêt d'associer les CLSM ou toutes les formes de coordinations en santé mentale existantes ayant déjà mené des travaux de diagnostic, donc ayant déjà identifié des besoins sur les territoires auxquels il ne serait peut-être pas répondu. La question du territoire est laissée à l'appréciation des acteurs, validée par le directeur général de l'agence. Globalement, ce sera beaucoup à l'échelon du département. Six priorités sont définies par le décret du 27 juillet 2017. Elles recouvrent les points de rupture qui avaient été identifiés par l'ANAP dans le cadre des travaux sur les parcours des personnes en psychiatrie et en santé mentale. Par conséquent, si l'on travaille sur ces priorités dans le cadre des PTSM, on travaille sur ce qui pose difficulté, je pense, à un grand nombre d'acteurs présents aujourd'hui, puisqu'il s'agit des points de rupture dans les parcours de vie, le repérage plus précoce des troubles, les parcours de santé et de vie sans ruptures, de situations de crise et d'urgence, les questions de prise en charge globale intégrant les soins somatiques, de promotion des droits...

Enfin, au niveau de l'agence régionale de santé, on est dans une phase où il y a une fenêtre d'ouverture, parce que la santé mentale est inscrite et portée dans la stratégie nationale de santé, qu'il y a des dynamiques locales qui sont aussi en train de se mettre en place à l'occasion de ce travail partenarial sur les PTSM, reconnaissant une place aux associa-

tions d'usagers, au développement des GEM, à la promotion du pouvoir d'agir avec la place accordée à la parole et aux choix des personnes elles-mêmes. Toutes ces dynamiques sont convergentes pour arriver vraiment à se questionner sur la manière d'organiser une offre qui soit plus lisible – et c'est un vrai sujet quand on observe la diversité des dispositifs existants –, qui soit accessible, à la fois géographiquement mais aussi en termes de temporalité quand on parle des délais d'accès aux soins. Il s'agit également des évolutions des organisations, je ne reviens pas sur les coopérations nécessaires. C'est également celle de la transformation de l'offre avec le renforcement de l'offre de services hors les murs, qui traduit vraiment une volonté de basculement et d'accompagnement de ce virage ambulatoire vers le domicile, avec les leviers qui nous sont donnés, notamment les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé mentale ou de psychiatrie mais également avec les établissements médico-sociaux, en s'appuyant sur les besoins qui ont été repérés au niveau des différents territoires.

Je m'arrêterai donc sur ce point car je pense que j'ai déjà dépassé mon temps.

Applaudissements

« Rania Chabane

Un peu, mais ce n'est pas pire que vos collègues. J'en prends la responsabilité. Merci, Madame Lavaud, pour ce tableau vraiment exhaustif de l'ensemble des dispositifs du niveau régional portés par l'ARS. Ce que je retiens, avant de passer la parole, c'est qu'il y a une nécessité de fédérer les acteurs. Nous avons pu voir que le CLSM avait sa part à prendre dans le fait de les fédérer, de se rapprocher au plus près des maires, des élus locaux, qui, eux, ont la main en matière de logement, de maîtrise du foncier, également. Nous n'en avons pas tellement parlé, mais ce sont quand même les maires qui ont la maîtrise du foncier sur leur commune. Il importe donc, chaque fois, de se rapprocher le plus des maires.

J'ai également relevé l'importance des accords de proximité. Il faut aussi savoir comment l'on influence la planification, si tant est que l'on puisse parler de planification, parce que visiblement, la programmation de logements reste compliquée. Mais peut-on parler de planification ? Ensuite, cette planification s'accompagne d'un meilleur accès au logement des personnes qui souffrent de handicap psychique, avec la nécessité, vous le rappelez Madame Attar, de développer encore plus l'accompagnement

vers et dans le logement. Ce n'est pas simple. Néanmoins, je pense qu'il s'agit d'accorder ce que l'on pourrait imaginer comme étant une planification de masse, pourquoi pas, à l'instar de ce qui a été fait pour les étudiants, mais avec un travail en dentelles et un travail avec de l'humain.

Voilà ce que je pourrais en dire. Nous reparlerons après du rôle du maire dans la production de logements, dans sa maîtrise du foncier. Je pense que cela dépend vraiment des territoires et de la façon dont les maires se positionnent.

Je vais arrêter de parler et je vais surtout laisser la parole à la salle.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

«• Éric Kérimel de Kerveno,

directeur d'Habitat alternatif social (HAS) Marseille

Je remercie la dame, dont je n'ai pas retenu le nom, qui est intervenue sur le logement, pour la clarté de son propos. Je voudrais préciser deux choses. Les pensions de famille sont du logement et non de l'hébergement. Une pension de famille, de fait, c'est organisé comme du logement, c'est payé comme du logement et les hôtes, normalement, ne sont pas des travailleurs sociaux.

En matière de programmation de logements, je vous rejoins totalement sur le besoin de logements, mais peut-être aurait-on intérêt à travailler sur ce que l'on appelle le LCTS, le logement conventionné très social, parce que dans certaines villes, je pense à Marseille, mais c'est vrai ailleurs, les logements privés, souvent dégradés, sont une source importante et que le LCTS, c'est à peu près le même prix que le PLAi et ce n'est plus à programmer, si tant est que l'on n'enlève pas les aides à la pierre, ce qui est en train de se faire.

Merci aussi pour ce que vous avez signalé sur la question des tuyaux d'orgue de nos financements. À ce propos, je voudrais dire que la séparation entre la DDCS et l'ARS, chère à M. Sarkozy, a été une catastrophe planétaire. Mais il n'en était pas à la première. Évidemment, la coordination sur le groupement permet de corriger quelques dérives et de travailler sur une culture commune, ce qui me paraît être effectivement très important.

Bref, si je suis névrosé, si je suis caractériel – ce que je suis –, si je suis une femme battue – ce que je ne suis pas – avec un enfant de moins de trois ans, que par ailleurs, je travaillais à l'ARS et que j'ai fait une dépression, que me reste-t-il comme logement en perspective ? Finalement, je me dis que la simplification administrative existe dans la devise de notre République, *Liberté, égalité, fraternité*. Je note que ce dernier mot a été totalement oublié. Bref, je pense qu'il faut être jacobin, parce qu'il est certain que l'organisation de l'État est une garantie, qu'il faut être un peu girondin, parce que sinon l'on n'arrive à rien faire au niveau local, et qu'il vaut mieux être montagnard, parce qu'il y a de quoi avoir la colère.

Applaudissements

«• Émeric Blondeau,

coordinateur de CLSM, DASES – EPSM Maison blanche, Paris

Je suis coordinateur de CLSM, à Paris. J'ai une question sur la dernière intervention au sujet du CPOM, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. C'est une proposition – question. Je sais que l'ARS d'Île-de-France contractualise dans les CPOM avec nombre d'associations qui interviennent dans la santé mentale pour que ces associations participent aux CLSM. Je me demandais si c'était quelque chose qui était pratiqué dans la région Nouvelle-Aquitaine et si par exemple, on pourrait faire en sorte que les ARS fassent inscrire dans les CPOM le fait que des associations ou en tout cas, des hôpitaux qui sont financés par CPOM, puissent investir dans les CLSM et promouvoir la thématique du logement et de la santé mentale.

«• Anne Sophie Lavaud

Pour être très pragmatique, ce qui est décliné dans les CPOM, ce sont les orientations des ex-shémas SROS, pour Schémas d'Organisation de l'Offre de Soins, qui sont en train de devenir des schémas régionaux de santé et qui sont maintenant dans une approche globale qui intègre la prévention, l'offre de soins et le médico-social. Les établissements de santé mentale doivent donc appréhender ces trois volets et s'y inscrire. Logiquement, vous devriez retrouver une dimension de prévention, et l'on peut considérer que quand on travaille dans le cadre d'un CLSM, on travaille sur la prévention primaire, voire secondaire, ou en tout cas, sur ces questions, et donc, que la contractualisation sur ce champ serait tout à fait cohérente avec les politiques régionales, qui déclinent les mêmes objectifs, c'est-à-dire réduire les ruptures dans les parcours de vie des personnes avec des troubles psychiques. La réponse est donc a priori positive.

Mais ce qui est valable pour le champ sanitaire est aussi valable pour le champ médico-social. On a toujours tendance à voir la santé mentale du côté de la psychiatrie, qui doit bouger les lignes, même s'il y a une grande diversité... J'investis ce champ depuis un an et je me rends compte de cette diversité, dans les douze territoires, d'organisation et de réalité de dispositifs mobiles directement à partir du CMP ou des équipes mobiles créées en tant que telles parce que cela a été nécessaire à un moment donné. Il y a donc des réalités différentes. Pour revenir sur le champ du médico-social, il y a les mêmes engagements de travailler sur la prévention, de travailler en réseau, parce que la logique d'institutionnalisation est tout de même très présente aussi dans les structures du handicap. Pour

renforcer l'offre de services et la place des personnes dans la cité, il y a aussi un chemin à faire avec les institutions médico-sociales. Ce sont des objectifs qui seront partagés dans les CPOM de chacun des champs, si je puis dire.

🔊 Patrick Padovani

Je voudrais d'abord vous remercier, Madame Attar, pour votre engagement à tous les niveaux. En dehors d'être adjoint à la santé à la ville de Marseille, je suis aussi président du conseil d'administration de l'office d'HLM de la ville, office métropolitain, qui compte à peu près le même nombre de logements que le vôtre. J'apprécie donc beaucoup votre détermination sur la programmation de la mort annoncée de la plupart des offices d'HLM à l'horizon de deux ou trois ans, vu l'article 52 de la loi de finances, qui va crucifier quasiment la moitié, pour ne pas dire les deux tiers des organismes d'HLM. Il faudra bientôt avoir un potentiel de 200 000 logements pour exister à l'horizon de 2021, sinon les autres vont tous mourir. À l'occasion, je vous dis que si le vôtre meurt avant le mien, je serai heureux de vous accueillir, parce que vous avez une position qui m'a vraiment enchanté, dans le cadre de la prise en charge du domaine social que vous faites en matière de logement.

Ma question est la suivante : comment, dans les commissions d'attribution de logements, parvenez-vous à avoir une sorte de « quota » – je n'aime pas bien le mot – qui vous permette de ne pas faire de la stigmatisation positive dans le cadre du handicap psychique par rapport à l'énorme demande que vous avez sans doute à traiter en commission ?

J'ai également une remarque pour Mme Lavaud, dont j'apprécie également l'action. Je pense que toutes les ARS ne sont pas au même niveau de détermination que la vôtre, dans le cadre des politiques de santé en matière de santé mentale. C'est une bonne chose que vous nous ayez ouverts à certaines choses qui finalement, ne sont pas évidentes dans toutes les ARS et merci de nous avoir exposé tout ce champ d'action, ce champ de travail, avec lequel nous allons essayer de nous engager, nous aussi, sur notre territoire, ici, et peut-être même les solliciter, les motiver. Merci.

🔊 Michèle Attar

Je vais faire un détour pour vous répondre et en même temps, répondre à Marianne Auffret, qui posait la question. Nous avons 4,1 millions de logements. Si l'on prend un taux de rotation moyen de 10 %, ce qui est élevé – il est de 20 % à Aurillac, de 4 % à Paris et de 7 % en Île-de-France –, simplement pour avoir un ordre de grandeur, cela représente 400 000 logements qui se libèrent chaque année. Sur ces 400 000 logements, il y en a 50 % qui sont réservés par les collectivités locales et l'État (20 % par les collectivités locales, 30 % par l'État). Cela nous fait quand même 200 000 logements à attribuer. Sur ces 200 000 logements, compte tenu des priorités de chacun, sachant qu'ici, nous sommes à un congrès sur la santé mentale, que demain, nous irons à un congrès sur l'autisme, ensuite, nous irons écouter les femmes battues, etc., je ne suis pas sûre, personnellement, qu'il faille raisonner en silos, en disant que sur ces 200 000 logements, on en attribue tant à X, tant à Y, etc., parce qu'en réalité, il y a déjà des coupe-file, et ce n'est pas du tout péjoratif, dans ma bouche. Ce sont les bénéficiaires du DALO. Ce sont des gens qui ont un handicap par rapport au logement, à un niveau ou à un autre. Les bénéficiaires du DALO, aujourd'hui, sont logés par les préfetures, puisque le droit au logement est opposable à l'État. Mais une grande partie des gens qui souffrent de handicap mental, on les retrouve aussi parmi les bénéficiaires du DALO, donc dans les contingents de préfecture, et on les retrouve également dans le tout-venant, parce qu'ils n'ont pas tous une étiquette sur la tête, qu'ils ne sont pas tout le temps en crise, qu'ils ne sont pas tout le temps en état dépressif grave, etc. L'important est qu'au moment où ils en ont besoin, on puisse les repérer pour les aider et pour les réaccompagner vers le soin quand ils en ont besoin.

C'est pour cette raison que je plaide, avec la présidente de la Fédération des coopératives, qui a porté cet amendement au Sénat, pour le logement accompagné. Le logement accompagné, c'est l'accompagnement des gens, y compris financier – c'est pourquoi je le compare à l'APL –, au moment où ils en ont besoin. J'ai calculé que sur mon patrimoine, il y avait, grosso modo, une centaine de personnes par an en file active pour du logement accompagné, qui ont besoin d'être accompagnées. 100 sur 15 000, ce n'est pas énorme, ce n'est pas monstrueux. Ce ne sont pas des sommes faramineuses. Ce n'est pas comme l'APL pendant toute la durée de vie dans le logement. Et en moyenne, quand on interroge les associations, un accompagnement en file active représente 3 000 €. C'est à la portée d'un pays riche ! C'est un choix politique. Je pense que cela coûte moins cher que la rue, la prison, l'hôpital psychiatrique et la mort...

Applaudissements

« Patrick Padovani

Ce pourrait être aussi un accompagnement qui entrerait dans les mesures ASELL, les mesures d'accompagnement économique vers et dans le logement (AVDL) qui existent dans le cadre des prises en charge par les départements. Nous, nous appelons cela les mesures ASELL.

« Un participant,

collectif Vérité et justice pour Nathalie

Bonjour à toutes les personnes dans la salle. Merci aux intervenantes et aux intervenants autour d'une problématique qui ne concerne pas seulement un ou deux acteurs, mais qui doit engager la société entière, voire l'humanité. Je parle ici au nom d'un petit collectif, qui s'appelle « Vérité et justice pour Nathalie ». C'est une citoyenne française qui a été victime, c'est une réalité et je suis là pour le confirmer, de la maltraitance psychiatrique, à Aix-en-Provence, et de la prédation de la tutelle. Je le dis parce que, Mesdames et Messieurs, mes chers amis et mes chers ennemis – je n'ai pas d'ennemis, mais c'est bien d'avoir des ennemis et de les écouter –, en dépit des belles interventions et des propositions, je demande une chose simple : avoir le courage d'écouter les patients, les personnes qui sont victimes d'un paradigme inhumain de catégorisation de troubles psychiques, de troubles comportementaux, de handicap mental. C'est un vrai travail.

Ce changement de paradigme a affecté le regard sur ces personnes, ces personnes que j'adore, avec lesquelles j'apprends beaucoup, et a en même temps affecté les personnes elles-mêmes. Pourquoi ? On parle de logement. Le logement doit être un droit. Nous sommes en France, un État qui se dit de droit. Quand on dit que l'on va faire de l'accompagnement pour des personnes en situation de handicap comme celui-là, je pense que l'on est en train de mentir. Il y a un seul travail qui a été fait dans ce domaine concernant l'accompagnement, celui de Maela Paul : une thèse soutenue en 2004 sur ce qu'accompagner veut dire. Mesdames et Messieurs, il n'y a pas d'accompagnement. Vous parlez des acteurs institutionnels, des acteurs de terrain. Pour parler des acteurs, y a-t-il des interactions entre les acteurs institutionnels, les acteurs de terrain et surtout, les acteurs qui sont tellement proches des personnes qui souffrent ? Pas du tout, parce qu'en France, la logique, du point de vue institutionnel, est une logique descendante, comme cela a été défini, établi dans un superbe travail de Jacques Donzelot, en 2003, *Faire société*, une étude comparative de la politique de la ville, la santé, l'économie, l'insertion entre les villes de Marseille et Boston.

De surcroît, on peut vraiment porter un peu d'humanité à ces personnes qui souffrent parce qu'avec ces personnes, on apprend de notre humanité. Et surtout, dans cette région des Bouches-du-Rhône dans laquelle il y a toutes les formes cruelles de la maltraitance de ces personnes, non seulement au niveau du logement, mais aussi du regard et des médias. Regardez, s'il vous plaît, dans le journal *La Provence* du 5 septembre 2017, ici, comment il traitait des personnes qui souffrent de handicap psychique : comment on va gérer les « barjots », comment on va les traiter. Je trouve que c'est un crime commis contre les personnes qui souffrent. Moi, je suis un « barjot », et je suis fier d'être un barjot, parce que j'ai appris beaucoup de choses avec ces personnes. Et comme le disait Germaine Tillion dans un célèbre article (c'est également le titre de son livre) publié dans *Le Monde* : « Il faut vivre pour comprendre ». Et comme le disait Léonard de Vinci, « la sagesse est fille de l'expérience ». Si l'on n'apprend pas des expériences des personnes qui se battent pour s'affranchir de ce paradigme de ces appellations, de ces accusations psychiatriques, franchement, on va reproduire les erreurs. Il faut apprendre des voisins, avoir le courage d'apprendre de ses propres erreurs. Et tout organisme qui n'apprend pas de ses erreurs est condamné à disparaître.

Merci, Mesdames et Messieurs.

Applaudissements

« Rania Chabane

Merci, Monsieur, pour votre témoignage. Vous avez dit deux mots essentiels : « faire société ». Je vous en remercie, parce qu'il est important que l'on remette chaque fois ce « faire société » au milieu de nos actions, que ce soit en tant qu'usager, en tant qu'élu, en tant que professionnel. Je vous remercie d'avoir mis l'accent sur ce terme, qui, en tout cas pour moi, est important.

« Bernard Topuz,

médecin de santé publique, coordinateur du CLSM de Montreuil

Je voulais apporter un commentaire et poser une question. S'agissant du commentaire, pour essayer d'y voir clair dans l'ensemble du débat de ces deux jours, je pense que le secteur psychiatrique avait une utopie et qu'aujourd'hui, on se rend compte que cette utopie ne marche pas et qu'il y a un re-virage, avec une alliance entre la psychiatrie, le pouvoir politique

local et les associations d'usagers, ce qui est excellent. Mais il me semble qu'il y a aussi un autre impérialisme un peu psychiatrique, qui est la répartition entre le médico-social et la psychiatrie. Dans mon département, par exemple, il y a une résidence accueil qui était en projet et la psychiatrie disait: «c'est nous qui allons pouvoir accompagner les personnes de cette résidence accueil». Et en même temps, nous avons un discours de la psychiatrie selon lequel elle est saturée de partout et qu'elle n'y arrive pas. Je pense donc qu'il faut arriver à avoir un partenaire médico-social qui prend en charge à côté, et c'est différent du soin psy. Au sujet de l'impérialisme psychiatrique et la remarque émise ce matin par la psychologue d'Aurore. Elle disait qu'il n'y avait pas que la psychiatrie. Le projet « Stop blues » de Printemps (prévention du suicide par application Internet) qui couvrira toute la France à partir du mois de janvier permettra de voir ce qui existe en dehors de la psychiatrie. Je souhaitais faire cette remarque préliminaire parce que je pense qu'au niveau de l'analyse, pour nous situer nous – moi, je parle d'un CLSM –, c'est important.

Par ailleurs, l'ensemble des débats m'amène beaucoup de questions. Je peux apporter très brièvement mon témoignage. En ce moment, il y a trois secteurs psychiatriques, trois CLSM, des acteurs médico-sociaux qui essaient de se structurer pour créer du logement accompagné, parce que nous sommes en déficit majeur de logements accompagnés et nous ne savons pas très bien comment faire. Faut-il aller voir la DRIHL, l'ARS, la DDJSCS, la MDPH? Ces interlocuteurs, qui sont les interlocuteurs de notre département, n'ont pas beaucoup été cités. Ma question est la suivante: faut-il passer par un groupement de coopération sanitaire? Et je voudrais savoir qui sont les onze acteurs de Marseille dans le témoignage qui a été apporté.

«• Dominique Testart

Cela, c'est la colle. J'avais dit à ma coordinatrice que ce n'était pas la peine de me donner les noms parce qu'on ne me les demanderait pas.

Deux réponses à votre intervention. Je ne me prononce pas sur l'impérialisme psychiatrique. Sur le fait que l'équipe psychiatrique intervienne à la résidence accueil, il faut savoir que c'est tout simplement une obligation des textes. La création des résidences accueil pour handicapés psychiques a imposé la signature d'une convention avec le secteur psychiatrique du lieu d'installation de cette résidence accueil. Cela pose beaucoup de problèmes, dans de nombreux endroits, à des secteurs psychiatriques – il faut quand même défendre un peu les secteurs psychiatriques!... – qui voient

débarquer des projets issus de lobbies divers et variés qui obtiennent la création de ces résidences accueil pour handicapés psychiques et qui ensuite, mettent devant le fait accompli le secteur de psychiatrie, qui, encore une fois, est obligé d'intervenir sur ces structures.

Dans le groupement, nous avons effectivement des acteurs du médico-social et à Marseille, nous arrivons à conventionner entre les acteurs sanitaires et les acteurs médico-sociaux, par exemple sur les différents SAMSAH. Il y a trois SAMSAH à Marseille, qui ont conventionné. L'un dépend de l'hôpital psychiatrique, les deux autres dépendent du secteur médico-social. À cet égard, je suis d'accord. S'ils «se jettent» sur la résidence accueil, c'est qu'effectivement, ils ont le temps et les moyens. Tant mieux pour eux. Mais un certain nombre d'équipes sont vraiment mises devant le fait accompli.

Je vais laisser Laure Plais-Richard citer les onze acteurs.

«• Laure Plais-Richard,

coordinatrice du GCSMS Coordination marseillaise habitat et santé mentale

Je pense que c'est une bonne chose de les citer, parce qu'ils font un travail de mobilisation depuis deux ans qui est intéressant, dans lequel ils sont globalement très engagés. Le choix avait été fait qu'ils soient complémentaires et qu'ils connaissent les actions dans le champ d'intervention de la santé mentale. Je les cite donc très rapidement: la Sauvegarde 13, HAS, qui est représenté aujourd'hui par Éric Kérimel, le centre hospitalier Édouard-Toulouse, l'association Isatis, Argos 2001...

«• Laurent El Ghozi

Il faudrait expliquer ce qu'ils font.

«• Laure Plais-Richard

La Sauvegarde fait du médico-social et a des dispositifs tels que les SAMSAH, des SSIAD, des SAAD. HAS a une compétence très spécifique, puisqu'il porte le *Housing first*, sans compter les maisons relais. Le centre hospitalier Édouard-Toulouse, avec sa sectorisation, couvre les quartiers nord et le centre-ville de Marseille, avec une problématique importante auprès de ces populations. Isatis intervient dans le champ

du médico-social auprès de publics qui ont des troubles psychiques et a une envergure régionale. Argos2001 est une association de représentants d'usagers bipolaires. Le GCS Galilée est une structure qui porte l'intermédiation locative. Il y a également Soliha, ancien Pact 13, Alotra, bailleur du logement accompagné, l'ARHLM (Association régionale des HLM), qui est davantage une instance de représentation, mais qui s'est toujours intéressée aux questions de la santé mentale et a toujours été aux côtés des partenaires, la ville de Marseille, qui est la signataire de la convention constitutive et l'Udaf13, qui porte le dispositif des familles gouvernantes sur le département.

☞ Dominique Testart

Les trois partenaires associés sont l'Unafam, l'Unafp et l'Union sociale pour l'habitat, l'USH, dont un représentant est intervenu hier matin.

☞ Laure Plais-Richard

Je complète avec des partenaires ressources représentés ici : l'atelier santé ville et le COSM.

☞ Rania Chabane

Avant de passer la parole à Jean-Luc Roelandt, qui va nous parler de ces tentations d'impérialisme, Mme Lavaud souhaiterait juste faire un commentaire.

☞ Anne-Sophie Lavaud

Les résidences accueil qui s'imposeraient aux secteurs psychiatriques relèvent de ceux-ci. Pour ma part, le positionnement est assez clair : ce sont des patients qui sont déjà suivis par le secteur et doivent continuer à l'être dans le cadre de la politique de secteur. Simplement, leur domicile est la résidence accueil. Par conséquent, à la question de savoir si le secteur est bien concerné, la réponse est : oui, il est concerné, au titre de la politique de secteur.

☞ Jean-Luc Roelandt

J'ai trois observations à faire. D'abord, il y a 12000 personnes qui séjournent au long cours dans les hôpitaux psychiatriques encore maintenant en France. Si j'ai bien compris, cela peut être réglé très vite, puisqu'il suffit de le vouloir. Ce sont 12000 personnes qui restent à l'année : 285 jours exactement. 12000 personnes, c'est très facile. Il faut la volonté. Ce n'est pas énorme, quand on réfléchit bien, sur tout le territoire. Que les secteurs psychiatriques soient impérialistes pour réintégrer ces personnes dans la cité, je le souhaite très clairement. Dans mon expérience, le plus dur n'a jamais été de faire sortir les patients. Je n'ai jamais eu de gros problèmes avec les patients dans toute ma vie. C'était surtout avec les personnels, qui sont beaucoup plus difficiles à mobiliser, à faire sortir, à commencer par les psychiatriques, mais pas qu'eux, tout le monde, jusqu'aux administratifs.

Deuxième chose, quand on a un CLSM avec des élus qui ouvrent la porte, comme je l'ai dit, le problème n'est plus celui du logement. À partir du moment où le problème du logement est réglé, qui suit les équipes de psychiatrie qui ont été mises en place dehors, parce que l'on n'a plus de malades hospitalisés ? Elles suivent des gens qui ne demandent plus obligatoirement des logements, parce qu'elles sont dans un logement. Il s'agit donc du logement accompagné. La psychiatrie pourrait très bien se reconvertir vers ce travail-là, qui est tout de même un travail d'insertion et d'intégration bien intéressant.

La troisième chose que je voulais dire, c'est que la France a été épinglée non seulement pour ses pratiques de contention et d'isolement, qui sont tout de même d'un autre âge, mais qui existent encore dans beaucoup d'hôpitaux, un peu trop - beaucoup trop, d'après le contrôleur des lieux de privation de liberté. Elle a été épinglée sur un deuxième point : l'institutionnalisation médico-sociale. On oublie toujours cela. Le plus grand asile en France, ce n'est plus l'hôpital psychiatrique. C'est le médico-social. Et le médico-social n'a pas fait sa mutation. C'est-à-dire qu'il pense que c'est bien parce que ce n'est plus l'enfermement psychiatrique. Quelle erreur ! Nous, nous savons que ce n'est pas si bien, mais nous le savons depuis deux siècles, tandis qu'il faudra encore le temps pour s'en rendre compte. Les gens sont beaucoup trop infantilisés et laissés dans des structures de suivi et d'accompagnement qui sont d'un autre âge. On ne peut pas tout attaquer d'un coup, certes. La psychiatrie a été un mauvais objet pendant assez longtemps pour les institutions médico-sociales. Il faut dorénavant balayer chacun devant sa propre porte et regarder ce qui se passe de bien dans les autres domaines, chez les voisins. Et cela, les conseils locaux permettent de le faire.

« Rania Chabane

Merci, Jean-Luc. Je vais prendre la responsabilité de donner mon petit temps de parole restant à Mme Attar, parce que je suis sa plus grande « fan » depuis aujourd'hui.

« Michèle Attar

Je voulais juste vous répondre. Oui, on peut sortir 12 000 personnes des hôpitaux psychiatriques, mais j'ai quand même dit : à condition qu'elles soient accompagnées. Je vais vous donner un tout petit exemple pour clore mon propos. Il y a moins d'un mois, il y a une personne qui faisait des allers et retours en hôpital psychiatrique, qui était suivie. Il s'est défenestré de l'un de nos immeubles de 250 logements. Il a eu la bonne idée de le faire à 16 h 30, soit juste au moment où tous les enfants sortaient de l'école. Malheureusement pour lui, il est mort. Lorsque nous avons appelé le secteur psychiatrique pour leur dire que premièrement, la gardienne était traumatisée, parce qu'en plus, les pompiers l'ont obligée à retourner le corps pour lui faire un massage cardiaque – il était tombé du 9^e ou du 10^e étage – et que tous les enfants de l'immeuble étaient traumatisés et ne dormaient plus, on nous a répondu : « mais vous êtes dans une résidence privée ! Débrouillez-vous ! » Et nous nous sommes débrouillés avec le contact qui m'a été donné d'un psychologue qui est venu et qui est resté trois jours sur place. Mais on nous a vraiment dit : « débrouillez-vous, c'est une résidence privée ! »

« Jean-Luc Roelandt

Ce n'est pas normal, parce que le secteur de psychiatrie, je dis bien de psychiatrie, pas de santé mentale – la santé mentale, c'est tout le monde –, a une responsabilité territoriale. Ce n'est pas normal.

« Michèle Attar

Je peux vous donner trois exemples comme celui-là.

« Raghnia Chabane

Nous allons conclure. Je voudrais remercier l'ensemble des intervenants de cette table ronde.

Applaudissements

Ils nous ont vraiment permis d'avoir un tableau assez exhaustif de la façon dont on pouvait articuler les acteurs sur les territoires. Ce que je souhaite, pour ma part, c'est que nous n'attendions pas l'alignement des planètes, notamment autour de Jupiter, mais que nous y allions vraiment, que nous nous mettions en ordre de marche sur les territoires, avec l'ensemble des bonnes volontés, et que l'on « fasse » vraiment. C'était mon mot de la fin.

Applaudissements

VERS DES RECOMMANDATIONS

«• Marianne Auffret

Laurent me dit : « vas-y avant qu'ils s'en aillent ! » Du genre : « j'arriverai à les retenir simplement parce que je commence ». Eh bien non, ces gens-là vont partir parce qu'ils ont un train. Évidemment, tout le monde est extrêmement intéressé par la conclusion de cette journée ! Voici ma partie à moi.

Alors, y voit-on plus clair ? Y voit-on plus clair dans ce lien entre « santé mentale et habitat » ?, tour à tour décrit pendant ces deux jours comme organique, nécessaire, politique, vital, consubstantiel, évident, difficile, historique, ancien, délicat, « chaud, chaud, chaud... », ce lien compliqué, ce lien qu'il faut continuer d'élaborer, et c'est prévu, nous allons continuer.

Nous avons vu pas mal de « trucs » quand même. Pas tout.

Il reste des questions cliniques ou périphériques de la clinique. Qui se déplace, qui reste dedans ? Qui a-t-il dedans qu'on ne peut pas déplacer ? Qu'est-ce qui soigne ? Qui est-ce qui soigne ? Qu'est-ce qu'on fait que l'on imagine soignant ? Qu'est-ce qui empêche le soin ? Qui paye, qui commande, qui décide ? Qu'attend-on de cet « accompagnement », quel genre de « mieux » vise-t-on ? Dont-on aller dedans ou être disponible dehors ? Comment caractériser nos lieux d'accueil ? Pour l'instant, on ne sait les classer que par type de financement ou par type de réglementation : le sanitaire, le médico-social... On ne sait pas les caractériser par leur « capacité soignante », et c'est pourtant notre sujet : des degrés de contenance, de continuité, de discontinuité possible, de collectivité. Et les publics accueillis ? On ne sait les décrire que par leur catégorie d'âge, de handicap, de taux de handicap.

On ne sait pas encore les caractériser par les besoins des personnes, les besoins que l'on imagine pour eux et ceux qu'ils expriment. Vous avouerez que déjà, les deux ne sont pas toujours d'équerre.

Un « truc » dont nous n'avons pas complètement parlé non plus : Et s'il n'était pas souhaitable de dessiner des dispositifs alors que nous ne sommes pas bien sûrs qu'ils soient possibles cliniquement ? Par exemple, est-ce que cliniquement, les « dispositifs d'orientation », le « soin transitoire » existent ? Est-ce que cela existe en vrai, la possibilité d'aller vers quelqu'un très éloigné du soin, très éloigné du lien, tisser un lien minimal, la promesse d'un lien, et dès qu'on le choppe, hop, pof « Tiens, je vais te ramener au droit commun moi, cela va calmer tes ardeurs de lien, toi ! » Est-ce que cela existe cliniquement ? Je ne dis pas que cela n'existe pas, mais pour l'instant, il serait intéressant de pouvoir avoir ce travail com-

mun avec des cliniciens qui nous disent si oui ou non, il y a des préalables à ce que cela soit possible, avant peut-être de se dessiner une liste de dispositifs d'orientation qui segmente les prises en charge.

Et puis demeurent un certain nombre de questions philosophiques et sociales. Comment allons-nous arriver collectivement à circuler entre notre envie de sécurité et notre besoin de liberté? Protéger les malades, protéger les voisins, libérer les malades, viser l'autonomie, viser l'indépendance, mais restaurer le lien. Se détacher, s'attacher. Comment allons-nous jouer ce double mouvement qui consiste à classer les maladies mentales comme maladies chroniques (qui engage un mouvement d'allers et retours, de répétition) et celui de l'émancipation et de l'autonomie (qui suggère un mouvement ascendant, quelque chose qui vise du définitif)? Un bail glissant, cela glisse une fois. Cela ne re-glisse pas dans l'autre sens, si la difficulté revient.

Comment circuler entre la mission qu'a la puissance publique de prendre soin des plus fragiles et celle d'entendre parfois qu'ils ne veulent pas d'aide ou en tout cas pas celle que l'on propose?

Comment circuler entre la nécessité collective, portée par les bailleurs, d'« être garants de la jouissance paisible » – j'adore cette expression – et celle de permettre l'expression de la différence, au point d'être parfois pénible? Bien sûr que les questions de « comportements » sont sur la couture de toutes ces préoccupations. Ce n'est pas du tout une nouveauté. Dans sa lettre à la ministre, lors de sa prise de fonctions à la tête du Conseil national de santé mentale, Alain Ehrenberg, qui est venu nous voir hier, en fin d'après-midi, nous dit :

« Les pathologies mentales sont des pathologies comme les autres, certes. Mais elles ont la spécificité d'être, pour reprendre la définition du Docteur Henri Ey, un des maîtres de la psychiatrie française de l'après-guerre, des « maladies des idées et de la vie de relations ». »

Il n'y a pas de place pour s'en offusquer. Il faut déconstruire l'affaire. Une société est travaillée par les tensions qui traversent son rapport aux *comportements*. Nos comportements sont ce que nos voisins savent de nous. On ne peut pas leur en vouloir complètement. Oui, mais. Sans toit, rien n'est possible. Sans toit, il n'y a pas du « nous » que nous avons évoqué ce matin.

Bon, bon, bon... Après toutes nos fines réflexions de ces 48 dernières heures, *pendant* nos fines réflexions, *parallèlement* à nos fines réflexions – et surtout on ne s'arrête pas – voyons du côté politique.

Je vous ai parlé de *nous*, ce matin. Que diriez-vous que l'on rapporte à nos décideurs? Nous sommes certes un peu les décideurs à nos divers endroits. Mais, là, tentons une nouvelle expérience : une lettre aux absents. A l'absente? :

Cher absent, chère absente, chers absents,

Le célèbre article 69 et, voté à travers la loi qui l'abrite, le décret du PTSM, projet de territoire de santé mentale, est décrété. Son instruction est sur le point d'être instruite. La loi de finances est votée aussi.

Côté logement, ça va être chaud quand même. Ça a coupé sévèrement. On ne vous demandait pas forcément une folle augmentation de crédits mais au moins pas une injonction aussi paradoxale. L'écosystème politique et économique qui accueille nos réflexions, est pour le moins périlleux.

Côté « habitat et santé mentale », il est difficile de dire ce qui va se passer exactement, car on peine à voir comment ce qui est écrit dans la loi va parvenir à se déployer sur les territoires.

Chère absente, c'est marqué dans la loi, ce n'est pas nous qui avons rêvé : « un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin ».

Loi, décret, instruction du décret, consultation nationale dans le cadre de la stratégie de santé... Il y a du monde sur le coup, mes chers collègues, mes chers amis! J'ai une confiance aveugle dans le fait que nous n'aurions jamais fait inscrire dans la loi quelque chose qui n'était pas destiné à être mis en œuvre. Non ça jamais! Comptons bien donc qu'il y ait partout des paniers de services de folie, où l'on ait prévu gîte, couvert et liberté d'agir. Mais pour toutes les raisons que nous avons évoquées ensemble pendant ces 48 heures, cela va demander quelques outils.

De vrais outils, on a dit, pas des « machins ». Des outils, pas des « bidules ». Des outils pour compter, pour décrire, pour organiser. Pas des usines à moteur trois étoiles, des navires sophistiqués (ah combien de capitaines, hein, Laurent!), de belles machines pétries du métal de nos salutaires intentions, ces organigrammes ordonnés, ces organisations synergiques d'engrenages bien imaginés, des courroies de transmission sans faille... Non, non, non, non. Des outils. De la recherche. Des enquêtes. Des enquêtes ... qu'on lit. Des truelles, du ciment, de la clinique, des sciences sociales. Des rapports qu'on lit. On finit les bouquins, hein!

Et puis, et puis ... Un dernier « truc », qui m'est cher, et que je crois être au fondement du reste : Qu'êtes-vous venus chercher ici, à Marseille?

Merci, Marseille. Sincèrement. Une pièce à nos moteurs défaillants? Un engrenage supplémentaire en titane supersonique qui pallierait une mécanique qui hoquette? Un plan B, une innovation inédite, une recommandation? Sérieux? Vous avez pensé que je ferais une recommandation? Est-ce vraiment des moteurs à recommandations que nous sommes allés chercher ici près du soleil?

Mais diable, alors, quel sera ce carburant qui fera tourner toutes ces courroies? Combien de belles machines que nous regardons luire de toutes les huiles, et tous ces moteurs, qui deviendraient carcasses inertes et inopérantes s'il n'y avait pas ... d'essence?

Mon hypothèse : nous sommes venus ici chercher juste un peu d'énergie, d'essence, pour nos moteurs, de courage face aux injonctions multiples. Vous savez, la belle énergie, l'essence, que nous recherchons tous mais quand il s'agit de la saisir, nous faisons les timides, nous bafouillons, nous sortons notre liste des choses qu'il serait bien que l'on fasse un jour, plutôt que de se dire : «je sais à peu près ce que nous devrions faire. Peut-être même un diagnostic de plus serait un diagnostic de trop. Peut-être il faudrait juste... faire les choses que l'on avait dit que l'on ferait en... 1975, par exemple.

Les politiques de la santé, celles du handicap, celles de la précarité ne sont pas coordonnées. C'est peu de le dire. Je siège au Conseil national de la santé mentale. Ils sont informés que cette journée existe et nous leur ferons un compte rendu précis de nos réflexions. Ce conseil, c'est ce que c'est. C'est peut-être un machin de plus. Mais je ne crois pas : il y a les trois directions de la santé, y siègent les fédérations du sanitaire, des professionnels du handicap et de la précarité. Parfois, c'est lunaire, on ne parle tellement pas la même langue que l'on finit par oublier que l'on parle des mêmes gens. À tel point que, quand on a voyagé un peu dans les différents univers, sur le terrain ou à des niveaux stratégiques, on a l'impression d'être trilingue.

Comme sur le programme, le titre de mon intervention de l'après-midi est «Vers des recommandations» et que j'ai dit ce matin que nous ne devions pas échapper à nos questions, eh bien, j'y vais :

Si l'on nous demande de faire des recommandations... et si l'on n'en faisait pas? Si l'on disait non, gentiment non : «Non merci, je n'ai plus faim, c'est gentil!».

Et si l'on disait hyper gentiment : «Non, on vous a déjà tout dit. Vous me sabrez les crédits du logement, vous me sabrez les crédits de la santé. Déjà, je ne râle pas trop, je fais le dos rond malgré l'envie que j'ai de me raidir franchement».

Heureusement que j'ai mon président qui me dit : «Calme-toi, mon petit chat. Cela prendra le temps que cela prendra, mais on y arrivera.» Il me dit, d'habitude avec son petit nœud pap', citant Churchill ou Mitterrand, on ne sait pas très bien : «Marianne, quand il y a une volonté, il y a un chemin». Et je lui dis : «mon Laurent, non, quand il y a une volonté, il y a ... une volonté.» Et il dit toujours : «c'est déjà ça...»

Rires

La suite, il faut voir. Le chemin, c'est la jungle, Président, mon Laurent, un chemin, cela se trace. Il faut éclaircir la jungle, sabre au clair. Il me tempère, mon président, et moi, je lui chatouille les moustaches. L'ambiance républicaine idéale. Le travail, ce n'est peut-être pas que la douleur en fait, contrairement à ce que je disais ce matin.

Mesdames et Messieurs qui êtes restés, notre petite bande d'élus, parmi ceux qui sont là et ceux qui étaient là hier, à ma gauche Monsieur Padovani, notre petite bande d'élus assez portés sur la folie, vous remercie infiniment de votre participation. Élus, techniciens, collaborateurs, fonctionnaires, patients, travailleurs sociaux, soignants, allez ... on ne refait pas la liste, on l'a faite ce matin. Et d'ailleurs, qui sait, on est peut-être devenu un peu plus «nous» que ce matin, qu'hier. Nous, qui avons participé à l'élaboration de ces journées, à l'animation de ces journées, à vos places diverses, à nos places diverses, nous, vous qui avez participé à ces journées d'études avec leurs faiblesses, leurs temps morts, leur précipitation, leurs quelques fulgurances – il y en a eu –, merci. J'étais vraiment contente que nous nous croisions. Nous allons nous recroiser.

Il y aura des actes de ces journées. Pas un mot ne tombera dans l'oubli. Mais, mon Laurent, sache bien que sous ma vice-présidence, qu'elle soit brève ou longue, il n'y aura RIEN sous forme de «recommandation». Nada. Je suis nulle en moteur à recommandations, nulle en moteur tout court. Mais... je ne suis pas trop nulle en carburant. Et maintenant, nous sommes encore plus plusieurs qu'avant.

Applaudissements

CONCLUSION

«• Laurent El Ghozi

La première chose que je vais dire, c'est remercier la ministre de ne pas être venue pour avoir laissé le temps à Marianne de nous dire tout cela, et je pense que vraiment, on peut les en remercier, l'une plus que l'autre !

La deuxième chose, c'est que comme je suis absolument obstiné et que je cherche obstinément des chemins, je vais quand même dire qu'il y a, dans l'article 69, un « truc », un « machin », un « bidule », un outil dont il faut se saisir, qui est le PTSM. Le PTSM, avec le diagnostic s'il est partagé, si nous en faisons des recommandations et surtout, surtout si chacun d'entre vous, si les usagers de la psychiatrie, si les familles, si le médico-social, si les soignants, et pas simplement les psychiatres et les hôpitaux et encore moins les ARS, s'en saisissent, si réellement, nous décidons de faire du PTSM un outil démocratique de planification sur le département, puisque ce sera le département, je suis convaincu que c'est un outil qui marchera, articulé et mis en œuvre par les CLSM. Voilà. Ce n'est pas une recommandation, ce n'est pas un vœu : c'est une exigence. Ce sera la seule.

Marianne a dit qu'il y aurait des actes, que pas un mot ne tomberait dans l'oubli, et en particulier pas les siens. Ceux qui ont pris la parole recevront le texte de leur intervention dans les meilleurs délais. Plus vite vous les corrigerez, plus vite nous pourrons sortir les actes, plus vite nous pourrons les diffuser. Cela, c'est une demande.

Mon troisième point, ce sont des remerciements, d'abord à vous tous qui êtes là et particulièrement, ceux qui sont restés jusqu'à cette heure. J'ai trouvé ces deux journées absolument passionnantes. J'espère que vous aussi, et vous y êtes pour quelque chose. Merci aussi aux intervenants, qui ont été longuement choisis, briefés et qui ont tout fait pour essayer d'apporter non seulement de la connaissance, mais aussi de la réflexion. On voit à quel point c'est un sujet complexe, touffu, qui part dans tous les sens. La santé mentale, c'est déjà compliqué, mais quand on ajoute le logement et qu'en plus, on veut y mettre les villes par-dessus, bravo à ceux qui ont tout compris. Moi, pas encore. Mais en tout cas, merci à tous ceux qui ont contribué à ces débats. Merci aux quatre capitaines du « copil », puisque maintenant, elles sont montées en grade. De chevilles ouvrières, elles sont devenues capitaines et le méritent bien : Agnès Bensussan, pour la ville de Marseille, Pauline Guézennec – qui, malade, n'a pas pu venir –, pour le CCOMS, Halima, pour l'Orspere et Frédérique Maroselli pour ESPT. Merci à elles quatre de leurs engagement, compétence et efficacité souriante.

Et bien sûr, merci à Marianne, cheffe des capitaines. Les chefs des capitaines sont les commandants. Donc merci, Madame la Commandante du « copil ».

«• Un participant

Amiral!

«• Laurent El Ghozi

Je pense qu'à l'unanimité, puisque nous sommes à Marseille et que nous avons des marins pompiers, nous pouvons lui décerner le titre d'amiral de la flotte. Bravo, Marianne! Merci, d'abord, de parler trois langues, ce qui est effectivement extrêmement compliqué : le médico-social, le social et le sanitaire, et en plus, le politique, donc quatre langues! Bravo! Merci pour tes questions, qui, chaque fois, approfondissent, sortent des normes, nous obligent à nous retourner. C'est fatigant, mais je pense que c'est extrêmement bénéfique pour notre santé mentale et donc peut-être, pour la santé mentale de ceux dont nous nous occupons. Sortir des « machins », des réponses institutionnelles, des postures... J'imagine que vous partagez ce sentiment, mais ce sont toujours des réflexions pointues, qui vont chercher là où l'on n'a pas forcément envie de regarder, ce qui ne fonctionne pas, ce qui pourrait fonctionner, ce qui aurait pu fonctionner, ce qui, parfois, fonctionne. Merci pour cette exigence de mettre des « nous » divers et des postures en dispute, comme tu l'as dit ce matin. Je pense que nous nous sommes un peu disputés, peut-être pas assez. Nous garderons comme exigence, en tout cas moi, la recherche permanente du son ultime, le son cristallin des questions d'enfant. Je trouve que c'est une très belle conclusion pour cette journée, en tout cas pour ma part.

Enfin, merci à la ville de Marseille et à Patrick, qui nous a accueilli pendant ces deux jours. Patrick, je te laisse la parole de la fin.

Applaudissements

«• Patrick Padovani

En général, quand on ouvre une manifestation et que l'on est le troisième ou le quatrième à avoir préparé son discours et qu'il est passé devant vous le « mec » de la région, le « mec » du département, le « mec »

du gouvernement ou la femme du gouvernement, et que vous arrivez en quatrième ou en cinquième position, votre discours est vide de son sens, parce que tout a été dit. Vous pouvez donc fermer votre dossier et dire autre chose.

«• Une participante

Et pourtant, on ne le fait jamais. On dit : « Je ne répéterai pas ce qu'a dit mon collègue », mais on le fait quand même...

«• Patrick Padovani

Exactement. Là, c'est à peu près la même chose. Je reprendrai une phrase d'un de mes amis politiques de longue date, qui, aujourd'hui, tient un poste de haut niveau à la région. Quand il était secrétaire d'État, il disait du ministre des Affaires étrangères : « Monsieur de Villepin fait tout et moi, je fais le reste ».

Je crois qu'aujourd'hui, il me reste, dans le cadre de la conclusion, à remercier d'abord toutes les personnes qui ont participé et en particulier, les acteurs de mon service et en tout premier lieu, Agnès et mon directeur du service de la santé et des personnes handicapés, Didier Febvrel, et à travers lui, l'ensemble de mes collaborateurs. Je remercie également Laurent et ESPT pour la confiance qu'ils nous ont donnée dans le cadre de l'organisation de ces journées.

Je conclurai sur deux images. La première est que finalement, au cours de ces journées, nous avons ressenti une cohésion, une volonté, une ambiance. Nous sommes aujourd'hui une nation olympique et il y a comme une flamme qui est ressortie de cette ambiance, une flamme que nous nous transmettons, parce que comme l'a dit Marianne fort justement, que l'on reparte de 1970 ou bien d'avant, nous sommes toujours sur cette dimension d'accompagnement de public, cette notion de construction de choses, cette notion de s'intégrer dans des plans, dans des parcours, qu'ils soient de vie, de santé, de soins. Cette flamme est toujours là. On sent que par moments, elle est plus puissante ou qu'elle l'est moins, mais nous l'avons tous en nous, et que l'on soit nouveau ou ancien dans le parcours, je crois que nous avons la notion qu'elle doit nous accompagner, que nous devons continuer à la transmettre, cette espèce de flamme olympique de la santé mentale, et nous l'accompagnons.

Pour ne pas être plus long, je suis républicain et comme je suis républicain, je vais me raccrocher à Marianne, tout ce que Marianne a dit, tout ce que Marianne a fait. C'est Marianne qu'il faut suivre et c'est Marianne qu'il faut accompagner dans tout le discours magnifique qu'elle nous a fait. Merci.

Applaudissements

🔊 **Laurent El Ghozi**

Bon retour à vous tous, merci de votre participation et à bientôt.

SIGLES & ABREVIATIONS

AAH

Allocation aux Adultes Handicapés

AAP

Appel A Projets

Acsé

Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances

ACT

Appartement de Coordination Thérapeutique

AEMP

Association francophone des Équipes Mobiles en Psychiatrie

AMP

Aide Médico-Psychologique

ANAP

Agence Nationale d'Appui à la Performance

APL

Aide Personnalisée au Logement

ARH

Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS

Agence Régionale de Santé

ASELL

Accompagnement Socio-Educatif Lié au Logement

ASV

Atelier Santé Ville

AVDL

Accompagnement Vers et Dans le Logement

BDR

ici, Bouches du Rhône

BOP 177

Budget Opérationnel de Programme 177
(dans le Projet de Loi de Finance)

NB : Le programme 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » regroupe les crédits de la politique d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. Sa finalité est de permettre l'accès au logement tout en garantissant une réponse aux situations d'urgence qui soit la plus adaptée aux besoins.

CAARUD

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CCAS

Centre Communal d'Action Sociale

CCOMS

Centre Collaborateur de l'OMS

CGET

Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

CHAPSA

Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri (à Nanterre)

CHRS

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU

Centre d'Hébergement d'Urgence (ci)

CLSM

Conseil Local de Santé Mentale

CMP

Centre Médico Psychologique

CMPP

Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNASM

Centre National de l'Audiovisuel en Santé Mentale

CNFPT

Centre National de la Fonction Publique Territoriale

CNRS

Centre National de la Recherche Scientifique

CNSA

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COSM

Conseil d'Orientation en Santé Mentale
(ville de Marseille)

CPOM

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSAPA

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention
en Addictologie

CUMP

Cellules d'Urgence Médico-Psychologique

DALO

Droit Au Logement Opposable

DASES

Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
(ville de Paris)

DDCS

Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDJSCS

Directions Départementales de la Jeunesse, des Sports
et de la Cohésion Sociale

DGALN

Direction Générale de l'Aménagement, du Logement et
de la Nature

DGAS

Direction Générale de l'Action Sociale

DGS

Direction Générale de la Santé

DHUP

Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages

DIHAL

Délégation interministérielle pour l'hébergement
et l'accès au logement

DIV

Délégation Interministérielle à la Ville

DOM

Département d'Outre Mer

DOP

Dispositif d'Orientation Permanent

DRASS

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRIHL

Direction Régionale et Interdépartementale de
l'Hébergement et du Logement

DRJSCS

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la
Cohésion Sociale

EHPAD

Établissement d'Hébergement pour Personnes
Âgées Dépendantes

EMPP

Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPL

Entreprises Publiques Locales

EPSM

Établissement Public de Santé Mentale

ERIC (équipe)

Équipe Rapide d'Intervention et de Crise

ESPT

Élus, Santé Publique et Territoires

ETP

Équivalent Temps Plein

EU Compass

Base de données en ligne européenne sur la santé
mentale et le bien-être

FAM

Foyer d'Accueil Médicalisé

FEDER

Fonds Européen de Développement Régional

GCS

Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS

Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social

GEM

Groupe d'entraide Mutuelle

GOS

Groupements Opérationnels de Synthèse

GPIS

Groupement Parisien Interbailleurs de Surveillance

HAPA

Habitat Partagé et Accompagné

HLM

Habitation à Loyer Modéré

IME

Institut Médico-Educatif

IML

Inter Médiation Locative

IREPS

Instance Régionale en Education et Promotion
de la Santé

LCTS

Logement Conventionné Très Social

Loi SRU

Loi relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbains
(du 13 décembre 2000)

Loi HPST

Loi « Hôpital Patient Santé et Territoires »
(du 21 juillet 2009)

MAS

Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH

Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS

Organisation Mondiale de la Santé

ORSPERE

Observatoire Régional de la Santé Psychique En Relation
avec l'Exclusion

PADD

Projet d'Aménagement et de Développement Durable

PCH

Prestation de Compensation du Handicap

PDLPD

Plan Départemental d'action pour le Logement des
Personnes Défavorisées

PLAI

Prêt Locatif Aidé d'insertion

PLALHPD

Plan Local d'Action pour le Logement et l'Hébergement
des Personnes Défavorisées

PLH

Programme Local de l'Habitat

PLI

Prêt Locatif Intermédiaire

PLS

Prêt Locatif Social

PLSP

Plan Local de Santé Publique

PLU

Plan Local d'Urbanisme

PLUS

Prêt Locatif à Usage Social

PRS

Projet Régional de Santé

PTSM

Projet Territorial de Santé Mentale

RESAD

Réunions d'Évaluation de Situations
d'Adultes en Difficulté

RSML

Réseau Santé Mentale et Logement

SA

Société Anonyme

SAAD

Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

Samenta (Rapport)

Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les
personnes sans logement personnel

SAMSAH

Service d'Accompagnement Médico-Social
pour Adulte Handicapé

SAVS

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCoT

Schéma de Cohérence Territoriale

SDF

Sans Domicile Fixe

SEM

Société d'Économie Mixte

SIAO

Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SISM

Semaine d'Information sur la Santé Mentale

SMPG (enquête)

Santé Mentale en Population Générale

SPASAD

Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SROS

Schéma Régional d'Organisation de l'Offre de Soins

SSIAD

Service de Soins Infirmiers à Domicile

UDAF

Union Départementale des Associations Familiales

ULICE (équipe)

Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Évaluation

UNAF

Union Nationale des Associations Familiales

UNAFAM

Union Nationale de Familles et Amis de personnes
malades et/ou handicapées psychiques

UNAFO

Union professionnelle du logement accompagné

UNAPEI

Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants
Inadaptés (devenue Union nationale des associations
de parents, de personnes handicapées mentales
et de leurs amis)

USH

Union Sociale pour l'Habitat

VAD

Visite à Domicile

BIBLIO- GRAPHIE

Pour aller plus loin, nous vous proposons quelques références bibliographiques, textes de lois, articles scientifiques, ouvrages évoqués par nos intervenantes et intervenants au cours de leurs contributions orales ainsi que les adresses des sites internet des associations membres du comité d'organisation et/ou qui ont contribué aux journées.

Habitat et santé mentale : une vieille histoire

Témoignage d'une équipe de secteur,

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, directrice de l'Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés Orspere – Samdarra

- Zeroug-Vial, Halima, Leaute, Édouard, Chambon, Nicolas (2017). La santé des populations vulnérables, chapitre 2, Santé mentale et précarité. Edition Ellipses, sous la direction de Christophe Adam, Vincent Faucherre, Pierre Micheletti, Gérard Pascal, p. 261-267
http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RE-CHERCHE_Orspere-Samdarra/chap._2_Sante_Mentale_et_Precarite_Chambon_ZerougVial.pdf

Témoignage d'un élu,

Laurent El Ghazi, conseiller municipal de Nanterre délégué, en charge de la ville universitaire, Président d'ESPT

- Rapport Strohl – Lazarus, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », février 1995, La documentation française :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/954050300.pdf>
- Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la Solidarité et au Renouveau Urbain, dite loi SRU :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000207538&categorieLien=cid>
- Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, dite loi DALO :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000271094>
- Loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000031912641&categorieLien=id>

Témoignage d'un bailleur social,

Alain Prévost, expert à l'Union sociale pour l'habitat (USH)

- <https://www.union-habitat.org/>

Histoire du secteur : qu'est ce qui n'a pas (assez) marché ?

Nicolas Henckes, sociologue et chargé de recherche au CNRS, rattaché au Centre de recherche médecine, sciences, santé mentale et société (Cermes3)

- Alain Ehrenberg, La Société du malaise, Odile Jacob, 2010
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000874228>
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000699217>
- Henckes, Nicolas. « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », Esprit, vol. mars-avril, no. 3, 2015, pp. 28-40.
- Henckes, Nicolas. « Les nouveaux assemblages de la santé mentale, entre clinique, science et mouvement social », Pratiques en santé mentale, vol. 61e année, no. 1, 2015, pp. 17-21. à l'âge adulte : un bref état de l'art », Bull. Epidémiol. Hebd. 2016; (16-17):276-81, p. 276-281
En téléchargement] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_1.html

Quid est l'« innovation » ?

Fondation de France : retour d'expérience sur cinq années de financement de projets innovants,

Karine Pouchain-Grépinet, responsable du programme « Maladies psychiques » de la Fondation de France

- Pour plus d'informations :
Appel à projets, « Maladies psychiques : accès aux soins et vie sociales »
<https://www.fondationdefrance.org/fr/maladies-psychiques-acces-aux-soins-et-vie-sociale>

Évaluation de l'Intermédiation locative en santé mentale (IML SM),

Célia Chischportich, consultante au bureau d'études Regards Santé

- Célia Chischportich, Guillaume Baudouin, Nathalie Merte, Évaluation des réseaux santé mentale et logement, mars 2016, Regards Santé:
<http://docplayer.fr/43912655-Evaluation-des-reseaux-sante-mentale-et-logement.html>

Où loger l'incurie ?

Adrien Pichon, psychologue, Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés Orspere – Samdara

- Clark A.N., Mankikar G.D., Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age Lancet 1975 ; 15 : 366-368
- Actes de la journée d'étude annuelle de l'ORSPERE-SAMDARRA, « Incurie dans l'habitat : évaluation clinique, partenariats, modes d'intervention », du 2 décembre 2014
http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Documents/Actes_JE_deniere_version.pdf
« Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat », Alpi Action pour l'insertion par le logement, ARS Rhône Alpes
<http://www.habiter.org/wp-content/uploads/brochure-incurie-finale.pdf>

Un chez-soi d'abord ,

Pascale Estecahandy, coordinatrice technique nationale du programme, DIHAL

- Novella, E.J., 2010. Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: a retrospective and prospective view. Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy , 18(3), p.222- 238.
- <http://gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/04/ucsa.pdf>
- Pour plus d'informations :
Dr Pascale Estecahandy
pascale.estecahandy@developpement-durable.gouv.fr

Innovation ou retour aux sources ?

Magali Coldefy, maître de recherche à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), docteur en géographie

- Loi du 30 juin 1838, dite « loi sur les aliénés », promulguée sous le règne du roi Louis-Philippe
Pour la consulter : <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-leg-Loi-no-7443-sur-les-alienes-du-30-juin-1838-Recueil-Duvergier-page-490-o-Loi-Esquiroi>
- Thèse présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue publiquement le 25 janvier 2011 pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, par Lucie Girardon : « La place de l' « habiter » dans le corpus psychiatrique. Contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle. » :
http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/These_RE-CHERCHE_Orspere_Samdarra/La_place_de_l_Habiter_dans_le_corpus_psychiatrique-L_Girardon_janv_2011.pdf
- Baillon, Guy. Les usagers au secours de la psychiatrie. La parole retrouvée. ERES, 2009 :
<https://www.cairn.info/les-usagers-au-secours-de-la-psychiatrie-9782749210360.htm>

« Aller vers » : qui ? Comment ? Pourquoi ?

Pourquoi une Association francophone des équipes mobiles en psychiatrie ?

Laure Zeltner, psychiatre, présidente de l'Association francophone des équipes mobiles en psychiatrie (AEMP)

- Circulaire N°DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf
- Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions, Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005, EUR/04/5047810/6 :
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf

De la mobilité dans le logement accompagné,

Sylvie Emsellem, chargée de missions « Problématiques et partenariats », UNAFO

- Circulaire N°DGCS/DIHAL/DHUP/2013/219 du 30 mai 2013 relative au soutien et au développement de l'offre de logement accompagné par un renforcement de l'Aide à la Gestion Locative Sociale (AGLS) des résidences sociales :
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37106.pdf

Regard sur l'engagement de familles et aidants familiaux,

Bruno Voyer, administrateur d'Espérance Hauts-de-Seine à Bagneux, filiale de l'Unafam

- La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009 :
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_6.html
- Circulaire interministérielle N° DGCS/SD1C/DHUP/DIHAL/2017/157 du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil :
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42217.pdf

Enjeux de la visite à domicile,

Anne Quintin, sociologue, cheffe de service de l'équipe mobile Aurore

- Publications de Jean-Paul Arveiller :
<https://www.cairn.info/publications-de-Arveiller-Jean-Paul-18048.htm>
- Benoît Eyraud, Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables, Toulouse, Erès, coll. « Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2013, 438 p., préface d'Irène Théry, avant-propos d'Anne Caron-Dégliuse, ISBN : 978-2-7492-3340-6 :
<https://journals.openedition.org/lectures/15067>

« Articuler les acteurs », c'est-à-dire ? »

Organiser les acteurs à l'échelle du territoire : une synthèse des expériences développées dans des conseils locaux de santé mentale (CLSM),

Jean-Luc Roelandt, directeur du Centre collaborateur de l'OMS

- Les Conseils locaux de santé mentale : État des lieux, juin 2015, CCOMS Lille : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>

Quelle place pour les acteurs institutionnels dans l'amélioration des parcours de vie des personnes en souffrance psychique ?

Anne-Sophie Lavaud, adjointe au directeur délégué à l'autonomie, référente en santé mentale, Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine

- « Troubles psychiques : Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques », Dossier technique, CNSA, Avril 2017 : https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles_psy-2016.pdf
- Rapport de Denis Piveteau, « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport remis à la Ministre des Solidarités et de Santé 10 juin 2014 : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf
- Décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSA-H1710848D/jo/texte>
- ANAP, « Les parcours des personnes en psychiatrie et en santé mentale. Première approche », août 2015 : <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>
- ANAP, « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires », décembre 2016 : <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

Sites :

- Association « Elus, santé publique & territoires » : www.espt.asso.fr
- CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale : www.ccomssantementalelillefrance.org/
- Centre de ressources CLSM : <http://clsm-ccoms.org>
- ORSPERE-Samdarra: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>
- DIHAL : <http://www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement-dihal>
- Association dis-FORMES : <http://dis-formes.eu/>
- Psycom : <http://www.psycom.org/>
- Regards Santé : www.regards-sante.com
- Toit et Joie, Groupe Poste Habitat : <https://www.toitetjoie.com/>
- UNAFAM <http://www.unafam.org/>
- UNAFO : <http://www.unafo.org/>



La problématique « habitat et santé mentale », maintes fois ainsi formulée, continue d'alimenter les préoccupations des acteurs en présence. Malades, soignants, élus, organismes de logement et tutelles du soin et de l'action sociale tentent de trouver ensemble les modalités d'un meilleur travail commun.

- Le secteur psychiatrique, tel qu'il avait été conçu au départ, se proposait de sortir les patients hospitalisés dans la ville, et de favoriser le soin ambulatoire, donc de soigner des personnes logées. Mais cela supposait que la question du logement soit traitée. Or la programmation du logement, son adaptation (géographique, financière...) est opérée par les villes, les organismes HLM, et l'Etat. le « médico-social », tel que conçu aujourd'hui, c'est à dire articulante autour de la personne malade, les notions de soin et de lieu de vie, apporte de nouvelles solutions sans toutefois convenir à toutes les situations impliquant de la « souffrance psychique ».
- Ces grandes modifications sociales et institutionnelles ont affecté les organismes de logement. Les bailleurs ont observé peu à peu la modification des caractéristiques des locataires de leur parc. De plus, pour les organismes de logement, la conception même de leur rôle social et de leurs missions, a considérablement varié depuis l'« invention » du logement social. Opérateur d'hygiène mentale historique, il s'est peu à peu déplacé vers des fonctions de bâtisseur immobilier.
- Un troisième aspect qui traverse cette double évolution est lié à l'irruption de nouvelles conceptions du soin et de l'accompagnement, avec l'importance contemporaine donnée à la notion de choix de l'individu et à la notion de projet personnel

Au cœur de cette réalité complexe et multifactorielle, les élus locaux sont directement concernés par l'appréhension locale de ces questionnements et par la démarche de coordination des acteurs territoriaux. Eclairés par des éléments de connaissance issus de la recherche et des expériences locales et nationales, les élus doivent se positionner, décider et agir avec les autres partenaires locaux pour répondre au mieux aux besoins et attentes de leurs concitoyens, malades et non-malades.



Les 19^{èmes} Journées nationales d'étude d'ESPT sont organisées avec le soutien financier du Ministère des Solidarités et de la Santé-Direction Générale de la Santé, du Commissariat Générale à l'Egalité des Territoires (CGET) et de Santé publique France.