

Conçue dans la continuité de la journée d'étude organisée en octobre 2006 à Nantes par l'ORSPERE-ONSMP et l'association "Elus, Santé Publique & Territoires" sur les compétences des élus locaux en matière d'hospitalisation psychiatrique, la journée d'étude "le maire et le psychiatre: ensemble pour la santé mentale" tente d'explorer les expériences de partenariat large construites entre la ville et les acteurs locaux de la santé mentale, dont l'objectif est de trouver une réponse adaptée aux problématiques de la souffrance psychosociale et de la maladie mentale, dans l'urgence, mais avant tout en amont, par des dispositifs concertés de prévention.

L'association nationale des villes pour le développement de la santé publique "Elus, Santé Publique & Territoires", créée en 2005, a pour objectifs de fédérer les élus locaux pour:

- 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;
- affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en oeuvre de politiques territoriales de santé publique, en particulier dans le cadre d'une co-production avec l'Etat;
- développer et consolider toute forme de programmes de santé publique contractualisée entre les collectivités territoriales et l'Etat, dans la logique et sur le modèle des "Ateliers Santé Ville".



11 rue des anciennes mairies
92 000 Nanterre
01 47 24 67 58
espt.asso@orange.fr
www.espt.asso.fr



Association
Nationale des villes
pour le développement
de la santé publique

Le maire et le psychiatre: ensemble pour la santé mentale

Actes de la journée d'étude de Grenoble
13 mars 2007



Ministère de la Santé
et des Solidarités



L'association « Élus, Santé Publique & Territoires »

L'association « Élus, Santé Publique & Territoires » a été créée en octobre 2005 à l'initiative d'élus locaux en charge de la Santé, désireux d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales. Jusqu'à présent, les villes engagées dans des actions de santé publique, de prévention et/ou de soins agissent en fonction de priorités ou sensibilités particulières. L'association souhaite leur apporter un lieu d'échange et de réflexion et les aider à définir des lignes d'action cohérentes. Elle se positionne également comme partenaire privilégié de l'Etat, central et déconcentré, pour parvenir à faire de la Santé publique un objet de débat politique local et d'action de la Ville.

La mobilisation de « Élus, Santé Publique & Territoires » en matière de santé mentale

Du point de vue strictement légal, la légitimité des élus locaux à agir en matière de santé mentale est réduite à la gestion provisoire des troubles de l'ordre public en lien avec un trouble mental (articles L. 3213-1 et L. 3213-2 du Code de la Santé Publique). Pourtant, selon un nombre croissant d'élus(e)s locaux, une approche de santé mentale inclut la reconnaissance et la lutte contre une souffrance psychosociale, conçue comme une perturbation de la capacité du vivre ensemble des citoyens. A l'initiative de l'ORSPERE-ONSMP¹, plusieurs études² successives ont tenté d'explorer les manières de sentir et de penser des élus locaux confrontés à une demande de santé mentale. Dans le sillon de ces recherche-actions, l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique est née, avec notamment pour préoccupation de faire de la santé mentale une question avant tout politique, relevant moins d'une expertise spécialisée en médecine, que d'une préoccupation publique nationale et locale.

Les travaux de l'ORSPERE-ONSMP, auxquels ont participé de nombreux élus de l'association ESPT ont rendu explicites :

- la souffrance et la sollicitude des élus locaux en tant qu'acteurs de première ligne confrontés à la complexité de la souffrance psycho-sociale,
- la légitimité d'une préoccupation collective de santé mentale,
- la nécessité de « passer d'une logique d'expert à une logique de gouvernance » qui renvoie aux difficultés à faire de la santé mentale une préoccupation affranchie du monopole de l'expertise psychiatrique, ainsi qu'à la position stratégique de l'élu local capable d'interpeller les acteurs des champs non sanitaires de la prise en charge (social, éducatif, de la sécurité, de la justice) et de réguler une action transversale susceptible de prévenir la souffrance psychosociale.

« Elus, Santé Publique & Territoires » a consacré sa dernière journée d'étude aux compétences des élus locaux en matière d'hospitalisation psychiatrique (« Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? », Nantes, octobre 2006).

Elle a en outre pris position quant à la prochaine réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement par un communiqué de presse consultable sur le site www.espt.asso.fr.

¹ L'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, soutenu par la Direction générale de la Santé et la Direction Générale des Affaires Sociales, est une structure de recherche-action spécialisée dans le champ de la précarité sociale en lien avec les questions de santé mentale.

² Grâce au soutien de la Délégation Interministérielle à la Ville, l'ONSMP-ORSPERE a ainsi mené un séminaire national regroupant des élu(e)s locaux durant plus de deux ans autour de la problématique de la souffrance psychosociale puis de l'hospitalisation d'office. Cf. le séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE 2003-2004 : « Les élu(e)s locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale » - Rapport final, Septembre 2005, ainsi que sa publication : « Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Ed. de la DIV, coll. Etudes et Recherches, novembre 2005.

Sommaire

OUVERTURE

Michel Destot, maire de Grenoble p. 5

PRESENTATION DE LA JOURNEE

Marina Girod de l'Ain, maire adjointe à Grenoble, vice-présidente de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires » p. 9

CONFERENCE PRELIMINAIRE « Après la loi de prévention de la délinquance »

Débat animé par Loïck Villerbu, professeur de psychologie clinique

« La place du juge dans les hospitalisations d'office » p. 11
Bernard Azéma, premier vice président du Tribunal de grande instance de Grenoble

« Le pouvoir des maires en matière d'hospitalisation d'office » P. 19
Pauline Rhenter, politologue

PREMIERE TABLE RONDE « Agir en amont des hospitalisations contraintes : les dispositifs d'alerte »

Débat animé par Serge Kannas, psychiatre, membre permanent de la Mission Nationale d'appui en Santé Mentale

« Le groupe de la vulnérabilité de la ville de Champigny sur Marne » p. 29
Marie Odile Dufour, maire adjointe et Françoise Bargerò, attachée principale, chef de service de l'Aide légale au CCAS

« La cellule d'alerte de la ville d'Evry » p. 36
Philippe Lefèvre, médecin coordinateur du centre de santé

SECONDE TABLE RONDE « Pour une prévention en santé mentale : les dispositifs de concertation »

Débat animé par Guy Gozlan, psychiatre, directeur médical du réseau PREPSY

« La santé mentale dans l'atelier santé ville d'Aubervilliers » p. 59
Pilar Giroux, psychiatre, médecin de santé publique
Guillaume Kammer, psychiatre de secteur

« La construction d'un diagnostic local et le dispositif de concertation en santé mentale à Grenoble » p. 71
Marina Girod de l'Ain, maire adjointe
François-Paul Debionne, médecin directeur de la ville
Pierre Murry, psychiatre, chef de service

CONCLUSION

Jean Furtos, psychiatre chef de service, directeur de l'ORSPERE-ONSMP p. 85
« Le rôle des élus en matière de santé mentale » - Document transmis par Eric Piel, psychiatre chef de service p. 91

CLOTURE

Laurent El Ghozi, maire adjoint à Nanterre, président de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires » p. 97

BIBLIOGRAPHIE p. 101

LISTE DES ABREVIATIONS p. 105

OUVERTURE

Michel Destot, maire de Grenoble

Michel Destot/ En tant que maire de cette ville, je vous accueille dans cet auditorium du musée de Grenoble, musée dont nous sommes assez fiers d'ailleurs. C'est un peu dommage qu'il soit fermé aujourd'hui. C'est l'occasion de revenir. Il fait beau. Pour ceux qui ne supporteraient pas ce colloque, la montagne est très belle, vous pouvez, d'ailleurs gagner à pied les premiers contreforts de la Chartreuse, pour voir notre ville de Grenoble d'un petit peu plus haut.

Je voudrais saluer toutes les personnalités qui sont ici présentes, les représentants des directions de l'action sanitaire et sociale, de l'Isère et d'autres départements. Je remercie également pour leur présence les représentants de la DIV, la Délégation Interministérielle à la Ville, la Justice, en la personne de Bernard Azéma, qui est premier vice-président du Tribunal de Grande Instance de Grenoble, beaucoup d'élus, de collègues, que je salue évidemment très chaleureusement, et des acteurs de santé mentale : psychiatres, responsables d'association, notamment des familles accompagnantes, travailleurs sociaux, tous ceux qui interviennent dans ce champ, qui est devenu, aux yeux du public, non plus seulement l'affaire des spécialistes mais quelque chose d'essentiel dans notre société. C'est sûrement parce que souffrance psychique et santé mentale sont désormais largement apparues sur le devant de la scène, devenant des préoccupations sociales majeures de notre temps, et non simplement sanitaires. Il y a une cause à cela je crois : la crise économique et sociale, qui perdure maintenant depuis de très longues années, crise qui se traduit en termes économiques, mais également sociaux et sanitaires. Les problèmes liés à la santé mentale menacent de ce point de vue « l'ordre social » pour ne pas dire l'ordre public. Je préfère parler de « cohésion sociale », ce qui est encore plus fondamental, car c'est bien le tissu-même de notre société qui se déchire, ce qui a une incidence directe sur le vivre ensemble dans nos cités. C'est donc un véritable problème de société sur lequel les politiques, les responsables de la vie de la cité et de notre pays, doivent se pencher pour tenter de trouver des solutions.

Je veux souligner également l'apparition du phénomène de souffrance psychosociale, la question de santé mentale dépassant les pathologies psychiatriques, et entrant dans la sphère de la souffrance psychique d'origine sociale. Nous avons, de toute évidence, affaire à une demande nouvelle, au croisement des questions relevant à la fois de l'ordre public, je le disais d'un mot à l'instant, de l'ordre psychiatrique, mais aussi et surtout de l'ordre social, c'est à dire de l'organisation même de notre société. Je crois que c'est un point extrêmement important sur lequel on va revenir tout au long de cette journée.

Ce phénomène de souffrance psychosociale est accentué par plusieurs crises : les crises de représentation politique et sociale, les défaillances des mécanismes d'affiliation sociale. Le chômage, bien entendu, l'exclusion, la pauvreté et la précarité sont sources de désordre social et accentuent l'incertitude qui caractérise l'avenir, l'incapacité à surmonter ses angoisses.

De ces phénomènes sociaux résultent des malaises identitaires, que décrit le sociologue Alain Ehrenberg dans son ouvrage « L'individu déchiré » ; je cite la phrase qui me semble la plus caractéristique de ce point de vue : « la liste est

interminable des souffrances psychiques qui seraient le symptôme d'un nouveau malaise dans la civilisation, qui se résument dans l'idée que le lien social s'affaiblit ». Conséquence de tout cela : de nouvelles demandes en matière de santé mentale apparaissent. Ces demandes ne sont d'ailleurs pas sans lien avec le manque de lits en psychiatrie. En tant que membre et président du Conseil d'administration du CHU de Grenoble, j'en suis évidemment bien conscient. La logique de maîtrise des coûts est entrée à l'hôpital public et s'impose dorénavant à l'ensemble du champ médical. Et il est clair que ce phénomène se révèle particulièrement pénalisant pour la psychiatrie, dont l'activité ne peut se conjuguer qu'avec le temps long de l'instauration d'une relation humaine avec le patient. On ne peut traiter évidemment toutes les thérapies de la même façon, et de façon indistincte, avec les mêmes critères d'appréciation sur le plan budgétaire et financier.

Quant aux inégalités en matière de santé, elles sont bien le reflet des inégalités sociales. La souffrance psychosociale apparaît donc comme un marqueur de la précarité sociale que j'évoquais à l'instant. Elle se manifeste ainsi sur les lieux du social, et se trouve donc de plus en plus à la charge des « non pys ».

Ce phénomène exige de modifier les pratiques et de travailler encore davantage en réseau. Le rapport de la Délégation Interministérielle à la Ville – je remercie sa représentante pour sa présence aujourd'hui à Grenoble – s'intitule « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique » ; il est issu d'un séminaire auquel Marina Girod de l'Ain et Laurent El Ghazi ici présents ont largement contribué, qui témoigne du fait que, depuis quelques années, la santé mentale représente un volet majeur des politiques de lutte contre les exclusions et de la politique de la ville. Le rôle des villes apparaît en effet de plus en plus essentiel pour consolider des programmes de santé, contractualisés entre la ville et l'Etat, à l'image des ateliers santé ville. Je sais qu'il sera fait référence cet après-midi dans le cadre de la seconde table ronde, à l'atelier santé ville d'Aubervilliers, qui tente d'élaborer de nouvelles réponses en matière de santé mentale, et ce sera, je pense, extrêmement important d'en apprécier les résultats. Pour citer l'exemple grenoblois, il faut dire que les centres de santé jouent à nos yeux un rôle non négligeable dans cette démarche de prévention. Nous venons de signer une convention avec l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives, qui est présidée par Martin Hirsch, le Président d'Emmaüs France. Et nous l'avons fait pour essayer de renforcer encore notre engagement auprès des centres de santé, et marquer une nouvelle fois notre soutien et notre attachement à la démarche de prévention et d'accès aux soins qu'ils contribuent à porter auprès des plus fragiles de nos concitoyens. Car il nous paraît évident que la santé mentale ne relève pas uniquement du centre de soins, mais en fait partie intégrante. La constitution même de l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, en témoigne, comme la définition qu'elle donne de la santé : « un état de complet bien être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Il y a donc nécessité de redéfinir la santé mentale et de proposer des pratiques renouvelées. Quand on sait que les Français sont les premiers consommateurs de psychotropes en Europe, et qu'1 adulte sur 4 en France utilise un psychotrope au moins une fois par an, la nécessité de changer les pratiques et de travailler en lien étroit avec les médecins de ville paraît à tous évidente. Les nouvelles formes de souffrance interpellent le rôle et la responsabilité des élus locaux, parce qu'ils sont les garants de la cohésion sociale de proximité, parce qu'ils sont au fond au

cœur de l'ordre public, au sens le plus noble du terme, parce que leur participation est sollicitée pour la gestion de situations relevant de la détresse psychosociale ou de l'urgence en terme de maladie mentale, au plus proche des accompagnants, des familles et de leur environnement. Les élus locaux se trouvent ainsi confrontés à la gestion de la maladie mentale et sont amenés à intervenir via notamment les hospitalisations d'office, et ça a été une véritable découverte pour beaucoup de mes collègues, qui, de permanence chaque week-end sont confrontés à cet exercice particulièrement difficile. Ces hospitalisations d'office ont doublé en dix ans, et posent des interrogations en termes humains et juridiques aux élus, qui se situent à l'interface entre les champs sanitaires, sécuritaires et sociaux.

Je l'ai dit avec gravité et je terminerai là-dessus, en prenant ce thème « le maire et le psychiatre ensemble pour la santé mentale » : ce n'est pas un colloque de plus, ce n'est pas un thème de plus intéressant les spécialistes de la question, que vous avez choisi, c'est véritablement la volonté de se confronter au cœur de notre société, une société déchirée, dont les effets ultimes se mesurent justement dans la gravité de ce phénomène de souffrance psychosociale, phénomène que nous avons essayé de décrire en quelques mots en tant qu'élu local.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite une bonne journée.

PRESENTATION DE LA JOURNEE
Marina Girod de l'Ain, maire adjointe à Grenoble, vice-présidente de
l'association « Elus, Santé Publique & Territoires »

Je vous remercie.

Il est vrai que je suis très heureuse de poursuivre à Grenoble les réflexions que nous avons entamées à Nantes en octobre dernier avec ma collègue Catherine Choquet. Vous disposez d'ailleurs des actes de cette journée « Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? ». C'est vraiment la suite de cette réflexion que l'on essaie de mener aujourd'hui pour peut-être construire un certain nombre de propositions. Je suis contente de vous accueillir à Grenoble, parce que l'on est largement engagé comme l'a dit Michel Destot sur ces questions-là, notamment à travers la création récente du Conseil Local de Santé Mentale, que l'on évoquera cet après-midi.

Ces journées d'étude sont organisées par l'association « Elus, santé publique et territoire », que je veux rapidement vous présenter. C'est une association qui est née dans la suite d'une recherche-action menée par l'ORSPERE-ONSMP, qui est l'Observatoire National Santé Mentale et Précarité, grâce auquel nous avons, avec des psychiatres, des sociologues et un certain nombre d'élus, travaillé pendant trois ans sur les politiques que nous menons dans nos villes en cherchant à savoir comment promouvoir des pratiques renforcées pour mieux prendre en charge la santé mentale. C'est donc à la suite de cette réflexion que quelques-uns d'entre nous, rejoints ensuite par beaucoup d'autres, ont créé cette association, que Laurent El Ghazi, maire adjoint à Nanterre préside, et dont j'ai l'honneur d'avoir la vice-présidence, avec Bruno Philippe (Sceaux) et Marie Odile Dufour (Champigny sur Marne). Il est très important que cette association, qui vient en complément des réseaux d'élus en matière de santé déjà constitués, promeuve l'idée que la santé publique, en tout cas en France actuellement, est en grand mouvement (la régionalisation de la santé publique, la présence des communes dans les groupements régionaux de santé publique), et pose la question essentielle des inégalités sociales et territoriales de santé. Tout cela concerne les villes, et nous menons, beaucoup de villes aujourd'hui en France mènent des actions, des politiques publiques en matière de santé. L'objectif que l'on s'est fixé dans cette association est de promouvoir nos politiques publiques pour tenter de contractualiser avec l'Etat, en tant qu'acteur légitime, la mise en œuvre la loi de santé publique, et plus généralement la politique nationale de santé.

Alors la question se pose régulièrement : est-ce que la commune est le bon niveau territorial, le niveau pertinent de l'action ? Je crois, après tous ces échanges entre villes, qu'une politique vraiment intégrée en matière de santé publique, implique comme niveau de pertinence celui de la commune, ce qui n'est pas vrai dans tout un tas d'autres domaines. Quand on pense au logement, à l'hébergement, on sait par exemple que le niveau de l'agglomération est le plus pertinent.

L'association « Elus, santé publique et territoire » est née en octobre 2005. On a fait nos premières journées dès novembre 2005 à Paris sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé. L'association, c'est aujourd'hui 27 villes, 2 millions d'habitants, avec Reims, Amiens, Nantes, Arles, Dijon, Champigny, Clichy sous bois, Aubervilliers, Gentilly et bien d'autres. Nous

sommes soutenus et financés par la Délégation Interministérielle à la Ville représentée par Catherine Richard et la Direction Générale de la Santé. Le développement de l'association est possible grâce au dynamisme de Pauline Rhenfer, qui est chargée de mission.

Avant de présenter le déroulement de cette journée, je m'arrête un instant sur le thème même de la journée, qui est un petit peu provocateur : « Le maire et le psychiatre ensemble pour la santé mentale ». « Le maire et le psychiatre », on sait bien que ce n'est pas suffisant et on le voit bien dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale : nous sommes de très nombreux partenaires, avec les associations et les bailleurs. Mais à nos yeux, ces deux partenaires-là, la psychiatrie et la ville, s'ils ne sont pas les éléments suffisants, sont nécessaires à la construction de partenariats locaux. 80% des français habitent en ville et la précarité est en outre beaucoup plus présente en milieu urbain. On est donc ici sur des questions urbaines qui interrogent régulièrement les élus dans les nombreuses sollicitations auxquelles ils sont soumis, et la psychiatrie elle-même face à sa propre crise, s'interroge sur la place des habitants dans la cité, sur le « prendre soin », au cœur même de la cité. La psychiatrie et la ville ne sont donc pas du tout les seuls partenaires, mais leur dialogue est indispensable pour pouvoir construire de manière pérenne une réponse.

Deux moments marquent l'organisation de cette journée : le premier est « après la loi de la prévention délinquance... ». Beaucoup de mobilisations ont eu lieu, mobilisation unanime de la psychiatrie, de nombreux élus. L'association « Elus, santé publique et territoire » s'est fortement mobilisée contre cette loi et les aspects pris en compte dans les projets initiaux autour de la question des hospitalisations d'office. J'avais moi-même présenté un vœu au Conseil municipal pour demander le retrait de cette loi. Aujourd'hui, les articles 18 à 24 ont été retirés : c'est une bonne chose mais il faut rester vigilant car on ne souhaite pas que soient réintégrés ces articles tels quels, même dans une loi de santé publique. C'est donc l'occasion de s'interroger : est-ce que l'on peut proposer des modifications à la loi de 1990 et réfléchir à la place des élus locaux dans le dispositif légal? J'invite les intervenants de la première table ronde à nous dire un peu où on en est, et ce qu'il en est de la place du juge et de la préservation de la liberté individuelle.

En fin de matinée débutera toute la seconde partie de la journée, à partir de présentations courtes de différentes villes, et j'espère aussi des présentations d'autres villes dans la salle, pour montrer les formes très variées selon les communes des expériences, des dispositifs, des partenariats et des systèmes d'alerte, qu'on a construit les uns et les autres avec l'histoire locale. Il s'agira de voir également comment de toutes ces expériences on peut tirer un certain nombre de propositions, de cadres, à transposer, à évaluer : ces pratiques peuvent-elles être porteuses d'avenir ? Malheureusement, Eric Piel ne pourra pas clôturer la journée puisqu'il a eu un léger accident hier qui l'empêche de parler. Jean Furtos a accepté au pied levé de venir nous dire quelques mots. En tout cas, Eric Piel avait écrit son intervention, que Laurent El Ghazi reprendra dans sa conclusion. Je crois qu'on attend beaucoup aussi des discutants de toutes ces tables rondes pour faire vivre le débat. Je dois également excuser Didier Houssin, Directeur général de la Santé, qui est pris, une fois de plus, sur les questions de grippe aviaire.

Nous allons laisser place aux tables rondes. Merci.

Conférence préliminaire

« Après la loi de prévention de la délinquance »

Débat animé par Loïck Villerbu, professeur de psychologie clinique

« La place du juge dans les hospitalisations d'office »

Bernard Azéma, premier vice-président du Tribunal de grande instance de Grenoble, membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques

Le maire et le psychiatre, tel est le thème de ce colloque « Ensemble pour la santé mentale ». Et le premier à qui on donne la parole, c'est le juge. Dois-je y voir un souci de triangulation ? Il y a 5 ans, quasiment jour pour jour dans cette superbe salle, était organisée une journée sur la loi du 4 mars 2002 concernant le droit des malades. A cette occasion, nous avions réuni des professionnels de la santé et des professionnels du droit. Jean Furtos était venu nous dire combien il était difficile de dire à un malade mental qu'il était malade mais qu'il avait des droits. Parce que, sans être très attaché à la sémantique, si le 4 mars 2002, le législateur a éprouvé le besoin de légiférer sur le droit des malades, c'est que sans doute, avant le 4 mars 2002, ces droits étaient mal reconnus.

La question est : « est-ce qu'un malade mental est un malade ordinaire ? », et s'il est malade, est-ce qu'il reste un citoyen ordinaire ?

Elles ne manquent pas les précautions, au moins formelles, pour s'assurer que ceux qui sont soignés, hospitalisés contre leur gré, voient malgré tout leurs droits reconnus. Le contrôle des établissements psychiatriques est organisé par la loi, des recours sont prévus. Une sorte de luxe de précautions. Est-ce que dans notre démocratie, il y aurait des risques objectifs d'abus ? Troubles mentaux et troubles à l'ordre public pourraient-ils permettre une confusion, au risque de mépriser la liberté individuelle ? Ces garde-fous sont-ils efficaces ? Organisent-ils des droits réels ou simplement des droits formels ?

J'ai résisté à l'invitation qui m'était faite, mais sans doute par amitié et cordialité à l'égard de mon interlocutrice, et sans doute dans le prolongement de pratiques professionnelles que j'avais initiées, j'ai répondu favorablement. Pourtant, le sujet est compliqué. Parce qu'en premier lieu, ce n'est pas ma culture, et j'en perçois à la fois toutes les subtilités et toutes les difficultés. De quoi parlons-nous ? Si j'en crois les dernières statistiques du Ministère de la Santé, et Monsieur le Maire, vous y avez fait allusion, les chiffres ont été multipliés par 10 ces dernières années : 65 840 hospitalisations à la demande d'un tiers, et sur ces 65 000, près de 28 000 en urgence. Du côté de l'hospitalisation d'office, 11 000 et sur ces 11 000, 6 700 en urgence. Oui, ces chiffres laissent songeurs, mais je me garderais bien de les rapprocher d'autres chiffres, qui s'adressent sans doute à des publics comparables.

Notre législateur actuel ferait bien de s'inspirer de cette permanence juridique. Pendant près d'un siècle et demi, la loi du 30 juin 1838 a organisé l'hospitalisation des malades mentaux. Elle a fait l'objet d'un certain nombre de critiques. Mais tout le monde avait quand même le sentiment qu'elle garantissait un équilibre entre les exigences de la prise en charge thérapeutique, de la sécurité publique et le respect de la liberté individuelle. Concordance des dates : 30 juin 1838 / 27 juin 1990, le dispositif légal a été refondu, pour deux motifs,

d'une part, pour s'adapter à l'évolution des pratiques médicales, bien évidemment – c'est la réalité de l'ouverture de l'hôpital psychiatrique, mais aussi en raison des exigences de l'Europe et notamment de la fameuse recommandation du 22 février 1983. Aujourd'hui, l'hospitalisation psychiatrique, ce sont 53 articles du code de la santé publique. Pour ce qui est de l'hospitalisation d'office, ce sont 10 articles, rien de très compliqué. La loi du 4 mars 2002, à laquelle je faisais allusion, est venue ponctuellement modifier ces dispositions ; elle a également été amendée pour ce qui concerne les patients détenus par la loi de programmation de la justice du 9 septembre 2002, et une dernière fois par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique pour un aspect très accessoire, qui est le transport du malade en vue d'une hospitalisation sans son consentement. Toutes ces réformes avaient pour objectif de promouvoir les droits des malades hospitalisés librement dans les établissements publics ou privés, et de garantir ceux des patients hospitalisés sans leur consentement, lorsqu'une telle prise en charge est indispensable, et d'instaurer un contrôle effectif des conditions d'hospitalisation, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Il se trouve que j'ai récemment changé de fonction. A partir du mois de septembre 2006, le Premier Président de la Cour d'Appel m'a désigné comme membre de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques. J'ignorais, comme beaucoup de mes collègues, l'existence même de cette Commission Départementale et je dois saluer, il est présent ici, le dynamisme du Docteur Vittini le président de cette commission, qui m'a immédiatement plongé dans le bain de cette réalité. Ce n'est pas en tant que membre de cette commission – j'illustrerais évidemment quelques exemples de ma courte expérience de membre de la Commission Départementale – mais bien en tant que magistrat que j'interviens aujourd'hui.

Ils ne manquent pas les juges qui, de près ou de loin, peuvent intervenir dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte. Bien évidemment, il y a le pouvoir de contrôle des établissements, qui est ouvert au Procureur de la République, qui n'est pas un juge au sens strict du terme, mais comme magistrat, qui est garant de la liberté individuelle. Il doit normalement et en principe visiter trimestriellement l'ensemble des établissements psychiatriques de son ressort. Je dis bien trimestriellement. Ensuite, il y a un certain nombre de magistrats du siège qui doivent aussi procéder à ces visites : le président du tribunal de Grande Instance, ou son délégué, et le Juge d'Instance. J'y ajouterais, même si cela ne figure pas expressément dans le code de la santé publique, le juge des enfants, puisque la loi confère à ce juge le pouvoir de visiter l'ensemble des structures qui sont amenées à accueillir des mineurs. Voilà pour ce qui est du contrôle des établissements.

Le juge a également à intervenir lorsque la personne est hospitalisée. C'est le juge qui est chargé des mesures de protection à l'égard des adultes, que ce soit la sauvegarde de justice, la curatelle, ou la tutelle – je veux bien sûr parler du juge des tutelles, qui est un des magistrats du Tribunal d'Instance, ou moins inconnu, le juge aux affaires familiales, qui est compétent en cas de conflit entre les parents sur l'hospitalisation ou même la sortie d'un mineur. Bien évidemment, le juge des enfants, et c'est une des réformes de la loi du 4 mars 2002 (nouvel article 375-9), qui sur avis d'un médecin psychiatre a la possibilité d'ordonner le placement d'un mineur, dans le cadre de l'assistance éducative, dans un établissement spécialisé. Et puis, de manière un peu plus marginale, j'y

ajoutera les juges pénaux, qui dans le cadre de leurs prérogatives, peuvent enjoindre à une personne de se faire hospitaliser en raison de son état, que ce soit dans le cadre d'une instruction – dans le cadre d'un contrôle judiciaire. C'est la même chose pour le juge des enfants. Mais c'est aussi postérieurement au jugement, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, le juge de l'application des peines, voire la juridiction elle-même, qui peut fixer cette obligation. Donc, on le voit, nombreux sont les juges qui ont le pouvoir d'intervenir. Mais bien évidemment, le juge emblématique en matière d'hospitalisation sous contrainte, et je ne dissocierais pas l'hospitalisation à la demande d'un tiers de l'hospitalisation d'office est le juge des libertés et de la détention, qui a ce pouvoir considérable de lever immédiatement une décision d'hospitalisation sous contrainte.

Je m'adresse à des professionnels, vous connaissez le cadre juridique des hospitalisations sous contrainte. Pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers, il s'agit de personnes qui ont besoin de soins et dont l'état de santé ne leur permet pas de solliciter des soins. Comme l'a souligné le rapport de 2005, qui avait pour finalité d'envisager la réforme de la loi de 90, ce tiers est souvent improbable, parce que lorsque la personne est socialement isolée, on constate que les difficultés ne manquent pas pour trouver le tiers susceptible de favoriser cette hospitalisation. La décision est une décision administrative d'admission, qui est prise par le directeur de l'hôpital avec, vous le savez, un certain nombre de certificats qui doivent être établis pour s'assurer que cette hospitalisation est nécessaire. Du côté de l'hospitalisation d'office, les conditions sont bien évidemment beaucoup plus restrictives, puisqu'il faut que les troubles présentés par la personne nécessitent des soins et – il faut la dualité des conditions – compromettent la sécurité des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Vous connaissez le régime d'urgence, Monsieur le Maire, vous y avez fait allusion. Bien évidemment, cette hospitalisation d'office est une décision administrative qui est prise par le Préfet, avec les conditions de production de certificats médicaux, je vous fais l'économie des détails. Pourquoi est-ce cette référence à l'autorité qui ordonne l'hospitalisation sous contrainte ? Parce que ça va inmanquablement avoir des conséquences sur le contrôle juridictionnel de ces décisions. Et en France, pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ? Ce sont les deux ordres juridictionnels qui vont être amenés à intervenir. C'est une position de principe du Tribunal des Conflits, qui est invariable : ce qu'on appelle le contrôle externe, c'est à dire le contrôle de la régularité de la forme, c'est la juridiction administrative qui est compétente, et pour le contrôle juridictionnel de fond, c'est à dire le contrôle de la légitimité de l'hospitalisation, c'est le juge judiciaire. Je dois dire que l'Europe et notamment la Cour européenne des Droits de l'Homme n'est pas tendre avec la France. Nous sommes quasiment le seul pays du Conseil de l'Europe qui ne confie pas à l'autorité judiciaire le droit de porter atteinte à la liberté individuelle. Je rappelle que la Constitution fait du juge le garant de la liberté individuelle. En France, on organise seulement un contrôle a posteriori, ce qui, au regard des garanties de la liberté individuelle, n'est pas sans poser question.

Est-ce qu'il faut confier au juge cette compétence ? Je reprendrais une citation d'Eugène Sue, au moment de la discussion de la loi de 1838, il disait « nous savons de façon certaine que les nombreuses et incessantes occupations des magistrats rendent les inspections des établissements psychiatriques tellement rares qu'elles sont pour ainsi dire illusoire ». Vous connaissez la situation

actuelle de l'institution que je représente. Très sincèrement, et le rapport de 2005 y insiste largement, je ne suis pas sûr que cette institution est aujourd'hui prête à se mobiliser pour venir au devant de la scène en cette matière. Et ce d'autant que ce contrôle du fond de la décision d'hospitalisation sous contrainte suscite chez les spécialistes du droit bon nombre d'interrogations. C'est le fameux article L-3211-12 du code de la santé publique qui donne compétence au juge des libertés et de la détention. Là aussi, la sémantique a de quoi interroger. Ce juge, dont la compétence principale est de décider de la détention provisoire des auteurs d'infractions pénales, n'intervient pas dans ce cadre-là en matière pénale mais bien évidemment en matière civile. Vous seriez parfaitement légitimes à me renvoyer les mêmes observations que lorsque le pouvoir exécutif a imaginé de mettre dans une même loi la prévention de la délinquance et la réforme de l'hospitalisation psychiatrique. Il y a des amalgames que l'on peut faire sans difficulté. Il n'en reste pas moins que c'est ce juge des libertés et de la détention qui est compétent pour connaître du contrôle des demandes de main levée de la mesure de placement du malade en hôpital psychiatrique. Ce système a été qualifié de « flou » – c'est le moins qu'on puisse dire – par le rapport de l'IGAS auquel je faisais allusion, daté du mois de mai 2005 : « flou » parce qu'il ne définit pas de procédure précise, mais la Cour européenne a considéré que la procédure actuelle était conforme aux dispositions de l'article 5-4, puisqu'il ouvre un recours devant un tribunal, paraît-il à brefs délais. Cependant, la France a été condamnée 17 fois à ce jour pour violation de cet article 5-4.

Je vous donnerais quelques illustrations locales, puisque dans le souci de préparer cette intervention, je suis allé chercher dans le bureau de mon collègue, le juge des libertés et de la détention, le minutier –ça, c'est notre jargon- c'est le classeur dans lequel est mis l'ensemble des décisions qui ont été rendues ces deux dernières années. J'ai un « matelas » d'un certain nombre de décisions qui ont été rendues par mon collègue. La loi prévoit que le juge peut être saisi par requête ou se saisir d'office. Étonnant. Concrètement, je ne vois pas très bien comment cette saisine d'office peut intervenir, si ce n'est que, délégué par le président du Tribunal de Grande Instance, il se rend dans un établissement psychiatrique, s'entretient avec tel ou tel malade, et considère que tel ou tel malade n'a rien à faire en régime d'hospitalisation sous contrainte. En tous les cas, il doit statuer après un débat contradictoire, et il a la possibilité d'ordonner ce que la loi appelle des « vérifications nécessaires ». On verra un peu plus loin ce que cela peut être. Il peut ordonner la sortie immédiate du patient. Ce qui est plus incertain, ce sont les délais pour statuer, et c'est là la grande différence entre ses compétences en matière de santé et en matière pénale. Dans le code de procédure pénale, les délais sont bien évidemment très précisément indiqués et d'ordre public. Ensuite, sont très incertaines l'identité des personnes dont la présence est requise pour le débat contradictoire, la forme des convocations et des décisions rendues. Est-ce que le médecin du service, est-ce que l'infirmier, est-ce qu'un membre de la famille peut demander à être présent à ce débat contradictoire ? Le texte ne le dit pas. Ce qui est également plus incertain, ce sont les recours. Qui peut exercer les voies de recours ? Bien entendu pour l'intéressé, il n'y a pas de difficulté, mais est-ce que le chef de service, est-ce qu'un membre de la famille peut exercer un recours ? Rien n'est précisé. En tous les cas, toutes les tentatives visant à rattacher ce contentieux à un régime procédural connu sont vouées à l'échec. L'attribution de celui-ci au juge des libertés et de la détention permet peut-être de s'affranchir du sens classique des

termes employés : un « débat contradictoire aux yeux de la procédure civile » permettrait une sorte de régime *sui generis* qu'on pourrait rapprocher de celui du contentieux de la rétention des étrangers en situation irrégulière, mais loin de moi l'idée de faire de l'amalgame.

Les pratiques sont très diverses. Les décisions que j'ai récoltées m'ont permis d'analyser la pratique de trois juges des libertés et de la détention (JLD) qui se sont succédés au tribunal de Grenoble. Ils ont rendu 71 décisions entre le 14 mars 2005 et le 2 mars 2007, 9 sont en cours au 2 mars 2007. Cela me permet d'affirmer que les pratiques sont très diverses et peuvent être synthétisées selon le tableau suivant :

Rejet de la requête: 22 maintiens de l'hospitalisation

Levée de la mesure: 10 levées de l'hospitalisation

Autres: 39 dont 15 désistements, 14 sans objet par suite de main levée intervenue avant l'audience, 9 expertises et 1 incompétence géographique

Délai entre la requête et la décision: 3 semaines pour le plus court, 14 mois pour le plus long, délai médian: 2 mois

Qui peut saisir le JLD ?

- Indiscutablement, la personne hospitalisée sans son consentement, retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé (c'est le cadre de l'article L-3211-12).
- - le conjoint ou le concubin,
- - le parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade, d'office,
- - la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques,
- - le Procureur de la République, et là aussi on peut imaginer l'hypothèse du Procureur, qui, revenant d'une visite, estime devoir saisir le JLD. L'article L-3211-12 n'en parle pas directement mais je m'appuie sur des dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire pour considérer que le Procureur de la République, s'agissant d'un contentieux touchant à la liberté individuelle est parfaitement légitime à saisir ce juge.

A quel moment et sous quelle forme cette saisie ?

- A n'importe quel moment, dès l'arrivée à l'hôpital, dès que le malade arrive dans les lieux de l'hospitalisation et jusqu'à ce que la mesure soit levée. Là-dessus, le texte est extrêmement large, y compris pendant la période de sortie d'essai puisque la sortie d'essai n'a aucun effet sur le régime juridique de l'hospitalisation.

Sous quelle forme ?

- Par simple requête, sans condition de forme, lettre simple manuscrite ne laissant aucun doute sur la nature de la demande. Avec le président de Commission, j'ai commencé à imaginer la rédaction d'une requête type. Cette requête type pourrait être insérée dans le livret d'accueil du centre hospitalier. En tous les cas, à ce jour, la forme est parfaitement libre.

Qui est compétent ?

- le JLD, sur le ressort duquel est situé l'établissement psychiatrique qui accueille le malade.

La procédure

Le texte dit « en la forme des référés ». C'est une procédure qui nous est familière en matière de procédure civile, puisque c'est une procédure rapide, qui permet au juge d'intervenir dans des formes – et je ne voudrais pas m'étendre – qui n'auraient pas l'autorité de la chose jugée. Donc, on est un peu embarrassé par rapport à cette référence. L'assistance d'un avocat n'est absolument pas obligatoire, puisqu'en matière de référés civils, elle n'est pas non plus obligatoire, et aussi en fonction du principe de libre accessibilité au JLD. Néanmoins, je pense que le juge a une obligation déontologique d'avertir immédiatement la personne qui fait la requête qu'elle peut être assistée par un avocat. Je précise que dans le droit des malades, il y a un droit fondamental qui est de s'adresser librement à un avocat. En tout cas, devant le JLD, cette présence n'est pas obligatoire.

Le débat contradictoire : avec qui ?

Les choses sont assez incertaines.

- avec le patient bien évidemment,
- pourquoi pas le Ministère public, le Procureur de la République ?
- le directeur de l'établissement ?

-le Préfet ou son représentant habituellement un fonctionnaire de la DDAS?

La Cour d'Appel, dans une décision du 21 juin 1982, a considéré que ni le Ministère public ni le directeur d'établissement n'étaient parties à l'instance, ce qui sous-entendrait qu'ils n'ont pas le droit de contester la décision, puisque le pouvoir de contester une décision de justice est lié au fait qu'on soit « partie » à la procédure. Mais cela n'exclut pas – et vous verrez, si j'ai le temps de l'aborder avec la jurisprudence- le Ministère public, au moins à Grenoble, qui prend systématiquement des réquisitions, au moins écrites, par rapport à chaque demande.

Les délais : quand ?

- Le plus tôt possible. Une Cour d'appel, confirmée par la Convention Européenne des Droits de l'homme, considère que c'est une procédure d'urgence. Et on comprend bien que ce soit une procédure d'urgence : le requérant s'estime injustement retenu contre son gré et un peu à l'image de la personne –là non plus pas d'amalgame- qui est placée en détention provisoire et qui s'estime parfaitement innocente, et il me paraît assez légitime de demander d'être remis en liberté. D'ailleurs, dans le code de procédure pénale, on a une référence au « référé détention », c'est à dire que dans les 24 heures de son placement en détention, une personne mise en examen peut saisir le Premier Président de la Cour d'appel pour être remise en liberté. On a un certain nombre d'arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH) qui vont sans doute vous surprendre. En gros, au-delà de 15-20 jours, la Cour européenne des Droits de l'Homme considère que l'on viole les dispositions de l'article 5-4 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, c'est à dire que le délai n'est pas raisonnable au-delà de 15-20 jours, notamment pour désigner un expert et lui accorder trois mois pour déposer un rapport. La CEDH considère que c'est vraiment excessif. Ce délai, on le verra tout à l'heure, est sans doute la question centrale qui fait d'une garantie formelle, une garantie véritablement réelle .

Le déroulement de l'audience est sans doute aussi une garantie. Il s'agit selon moi d'une audience publique, puisqu'en matière civile, c'est un principe, avec la faculté de poursuivre en Chambre du Conseil, c'est à dire hors de la présence du public, s'il doit résulter de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la

vie privée, ou si toutes les parties le demandent, ou encore s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice. Bien évidemment, l'audience se tient en présence d'un greffier. Il n'est pas prévu ni de notes d'audience ni de procès verbal des auditions, mais il me semble que c'est une garantie nécessaire que de relater brièvement sur un document les déclarations du patient.

Où cette audience doit-elle se passer ?

En principe au Tribunal de Grande Instance. Mais procéduralement, rien n'interdit au JLD de se déplacer dans l'établissement psychiatrique situé sur son ressort. Je précise que généralement, il est juge délégué par le président du Tribunal de Grande Instance et qu'il doit visiter ces établissements tous les semestres.

La décision

Elle prend la forme d'une ordonnance ; elle est prononcée publiquement ; elle est exécutoire de plein droit immédiatement et elle statue sur les dépens. Le patient a droit en fonction de ses ressources à l'aide juridictionnelle.

Quels sont les pouvoirs du JLD ?

Il statue sur la nécessité de maintenir ou pas la personne en hôpital psychiatrique. Il se prononce sur la justification médicale de l'internement, à la fois sur la dangerosité pour le patient ou pour le tiers, à partir du moment où cette personne a été hospitalisée sous contrainte. Il doit se situer au moment où la décision d'hospitalisation est intervenue. Cela résulte de la position du Tribunal des Conflits du 27 novembre 1995. En aucun cas, le JLD ne peut se substituer à l'autorité administrative pour décider du régime d'hospitalisation. Ce n'est pas du tout de sa compétence. Lui, il fonctionne en clivage et doit dire « oui, l'hospitalisation est justifiée », « non, l'hospitalisation n'est pas justifiée » et le malade sort tout de suite. Le JLD ne peut apprécier la régularité formelle de la décision administrative qui ordonne le placement provisoire ou d'office d'un malade mental, puisque ce contentieux-là relève strictement de la compétence des juridictions administratives.

Quid en cas d'hospitalisation abusive ?

Ce sera le dernier thème que j'aborderai. Je réserverai –puisque j'ai dépassé le temps qui m'était donné- l'analyse de la jurisprudence à la discussion.

Le JLD n'est pas compétent pour indemniser les hospitalisations abusives. C'est le Tribunal de Grande Instance qui est compétent pour évaluer le préjudice du patient qui a été anormalement hospitalisé (absence d'aliénation médicalement constatée à la date à laquelle est intervenu l'internement, le certificat médical devant être circonstancié). C'est à dire que le Tribunal de Grande Instance va se pencher sur le contenu de ce certificat et s'il estime qu'il est insuffisamment circonstancié, il va considérer que cela ouvre droit à indemnisation. La nécessité du placement s'apprécie à la date à laquelle le Préfet va prendre son arrêté préfectoral. L'évolution ultérieure du malade est complètement indifférente. Mais le Tribunal peut considérer que l'hospitalisation est justifiée, même si l'état dangereux du malade était seulement passager. Cet état dangereux doit être imminent et ne doit pas être une simple éventualité. Cela va interroger les élus qui sont amenés à se prononcer sur cet état dangereux : est-ce qu'il est immédiatement constaté ? Ou est-ce qu'il risque d'être raisonnablement prévisible ?

Je regrette d'avoir dépassé mon temps de parole mais surtout de n'avoir pas pu vous faire part des motifs qui ont conduit le JLD à maintenir ou à lever une mesure d'hospitalisation sous contrainte.
Je vous remercie.

« Le pouvoir des maires en matière d'hospitalisation d'office » Pauline Rhenter, politologue

Je vais enchaîner et on groupera les questions, puisqu'on reste dans la même thématique. Je vais vous parler non pas du juge, mais plutôt du maire. Vous le savez, le volet santé mentale de la loi de prévention de la délinquance a été retiré. Je vais essayer de faire court, en centrant mon propos autour de deux points : la loi et sa pratique concernant le pouvoir du maire en matière d'hospitalisation d'office, et les enjeux d'une réforme potentielle éventuelle, puisque réforme promise il y a eu. Cela fait tout de même dix ans que l'on promet une réforme. Et la période électorale fait que ça n'arrivera peut-être pas dès le mois de septembre. Mais on peut se poser la question d'une réforme à venir puisque de multiples rapports ont été publiés depuis 1990, des rapports d'évaluation de cette loi en particulier ou des rapports plus généraux, qui intégraient la question des hospitalisations sous contrainte.

La loi et sa pratique

Le Préfet a la compétence ordinaire pour décider d'une hospitalisation d'office avec pour condition de constater des troubles mentaux qui nécessitent des soins, d'une part, et qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de manière grave à l'ordre public d'autre part. Le maire a quant à lui une compétence subsidiaire et provisoire par rapport au Préfet, puisqu'il peut hospitaliser « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes » : il peut faire hospitaliser provisoirement une personne, à charge pour le préfet au bout de 24 heures de confirmer ou d'infirmer cette mesure d'initiative municipale. Voilà le cadre général défini par la loi du 27 juin 1990 modifiée en 2002.

En pratique, il y a à peu près 11 000 hospitalisations d'office par an. Près de 70% sont précédées d'une mesure municipale provisoire. Cela vous donne une idée du rôle du maire ou de ses adjoints « pour le maire empêché », qui n'est ni accessoire, ni minoritaire dans cette procédure-là. Pour préciser un peu plus, il faut savoir que 90% des mesures municipales sont confirmées par le Préfet. Cela donne encore plus de poids à cette question du pouvoir du maire. En revanche, je minorerai peut-être les constats qui sont faits, sans minorer l'intérêt de la question des hospitalisations d'office : cela fait en effet plus de dix ans que les données nationales concluent à une augmentation, à une inflation des mesures d'hospitalisation sous contrainte. Je pense qu'il faut relativiser cette inflation, essentiellement pour deux raisons : dans les données nationales qui sont constituées, on parle du « nombre d'actes », donc du nombre de mesures, sans prendre en compte le nombre de personnes qui sont concernées plusieurs fois dans la même année. Il n'y a pas d'étude au niveau national qui ait mesuré le nombre de personnes concernées, sachant qu'il y a beaucoup de réhospitalisations. Probablement que cette inflation n'est donc pas si grande en termes de « temps passé en hospitalisation contrainte ».

Je ne me suis pas présentée : je m'appelle Pauline Rhenter, j'ai travaillé avec l'ORSPERE, avec Jean Furtos, Fernando Bertolotto et avec le groupe d'élus qui s'est mobilisé autour des questions de santé mentale. Et dans ce cadre-là, pour revenir à mes données quantitatives, on a notamment fait une étude départementale sur le Rhône pour focaliser sur un territoire particulier et évaluer le nombre de réhospitalisations ; il s'agissait de regarder si cela valait la peine de se fier aux chiffres nationaux qui traitent du nombre de mesures et non du

nombre de personnes. Pour vous donner un ordre d'idée, sur le département du Rhône en 2005, on a 25% de personnes réhospitalisées : 25% des actes concernent des personnes qui sont réhospitalisées. On peut donc relativiser cette inflation des mesures sous contrainte. On peut également signaler qu'il y a environ 13% des hospitalisations psychiatriques qui sont des hospitalisations sans consentement, d'office ou à la demande d'un tiers, et que cette proportion est relativement stable depuis 1990. Cela augmente en valeur absolue mais pas en valeur relative par rapport au nombre total des hospitalisations complètes en psychiatrie.

Que dire par rapport à la spécificité des villes ? Il y a d'abord une grande variabilité des données quantitatives d'une ville à l'autre. Jean Furtos pensera peut-être à le rappeler cet après midi. Cela ne signifie pas qu'en mesurant une variabilité du nombre de mesures selon les villes, il faille en déduire qu'il y a plus de malades dans certaines villes ou qu'il y a plus de mesures d'HO, de par une politique sécuritaire. On peut simplement pour l'instant constater et expliquer cette variété du volume d'HO selon les villes par des pratiques municipales différentes, un investissement de la question de la santé mentale variable et des réseaux ou des mobilisations plus ou moins structurés localement. On mesure donc plus un niveau d'activité des services et des institutions qu'un niveau de morbidité psychiatrique.

Deux recherches ont été menées par l'ORSPERE ces trois dernières années : l'une sur les élus et la santé mentale en général, et une autre étude qui vient de se terminer sur les hospitalisations d'office, en tout cas comme mode d'entrée dans la question de la souffrance psychosociale. On a relevé un certain nombre de mésusages ou d'usages décalés de l'hospitalisation d'office par rapport à l'esprit de la loi. Je les résume: ce sont ceux qui correspondent à une HO à *défaut de tiers*, vous l'avez dit tout à l'heure, soit parce qu'on ne trouve pas de tiers, soit parce qu'il y a réticence des familles à se porter tiers. C'est alors l' élu qui se porte tiers en signant une mesure provisoire d'hospitalisation d'office. On relève également une autre pratique qui est l'hospitalisation d'office *en dehors de l'urgence* : on s'est ainsi rendu compte que beaucoup de villes, après un long travail d'instruction de dossier visant à apprécier la situation d'une personne, en viennent à demander –ce sont les services qui demandent à l' élu de signer une hospitalisation d'office, puisque c'est le seul moyen de faire accéder aux soins des personnes extrêmement isolées, pour lesquelles on pourrait parler d'« urgence chronique ». C'est un autre usage décalé par rapport à la loi. Le troisième usage décalé, qui est lié à celui-là est l'hospitalisation d'office *en dehors d'un danger pour autrui*. Je pense que c'est une pratique qui relève autant des psychiatres que des élus que de considérer comme de « l'assistance à personnes en danger » le fait d'hospitaliser sous contrainte, ce qui n'est pas du tout reconnu par la jurisprudence évidemment. En tous les cas, c'est le registre de justification qui est avancé. Ces mésusages, je les énonce, non pour faire de la dénonciation, mais bien pour comprendre qu'il faut interroger ce décalage entre la réalité concrète et l'esprit, au minimum, ou la lettre, au maximum, de la loi. Je ne reviendrai pas là-dessus, mais le contrôle des HO souffre d'un certain nombre de limites, que Monsieur Azéma a énoncées tout à l'heure.

Que nous suggère cette pratique de la loi s'il y a une réforme à venir ? Je ne reviendrai pas sur le détail de la loi de prévention de la délinquance puisque le volet a été écarté mais ce que l'on peut retenir du projet initial, c'est qu'il

attribuait aux maires la compétence principale pour agir en dehors de l'urgence et au Préfet la compétence subsidiaire « en cas de nécessité ». Tous les rapports publiés depuis 1990, le rapport Strohl, Piel et Roelandt, Cléry-Melin, les rapports de l'administration centrale, vous avez cité celui de l'IGAS et de l'Inspection Générale des services judiciaires de 2005 mais il y en a également un autre rendu public en mai 2004 de l'Inspection Générale de l'Administration et des inspections générales de la Police nationale et de la gendarmerie nationale, rapport qui est le seul ayant vraiment servi de base au projet de loi de prévention de la délinquance. Ce dernier rapport est le seul de tous ces rapports publiés depuis 15 ans, qui préconisait une extension des pouvoirs du maire en matière d'hospitalisation d'office. Globalement, tous les autres rapports, qu'ils émanent de psychiatres ou des administrations de type sanitaire ou judiciaire, ne préconisent pas cette extension du pouvoir municipal. Finalement, on a aujourd'hui un retour au statut quo, avec une loi de 1990 qui a été quelque peu modifiée en 2002, qui pose quand même un certain nombre de problèmes, à commencer par le fait qu'elle demeure toujours une législation spéciale. Il y a ici une petite subtilité parce que la loi de 1990 se présente comme une législation qui n'est pas spéciale, en tout cas pas spécifique à l'hospitalisation sans consentement, puisqu'elle est présentée comme une loi qui concerne tous les malades hospitalisés pour troubles mentaux. Et à l'intérieur de cette loi, on va trouver des dispositions particulières pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, avec un certain nombre de droits qui leur sont attribués, mais qui, en pratique, en tout cas de manière réglementaire, demandent toujours la justification et l'autorisation médicale. Donc la législation reste de toute façon spéciale pour les hospitalisés sans leur consentement.

Au-delà d'une telle situation, quels sont les enjeux d'une réforme en la matière ? J'ai identifié trois problèmes, qui pourront servir de base à la discussion, je l'espère :

- Tout d'abord, le critère décisif de l'HO n'a jamais été clarifié, ni dans la loi de 1990, ni dans les textes qui ont servi d'appui à la loi de 1990. Vous avez fait allusion, Monsieur Azéma, à un certain nombre de recommandations européennes, mais il y a aussi des arrêts, des décisions de la Cour européenne des droits de l'homme. Quand on a décidé de faire une loi en 1990 pour garantir les droits des malades en s'inspirant des recommandations et de la jurisprudence européenne, on a reproduit une ambiguïté qui existait à ce niveau-là, qui ne clarifiait pas le critère décisif de l'hospitalisation d'office. Pourquoi ? Parce que dans les textes européens et les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme, la nécessité d'un traitement psychiatrique est le critère second de l'hospitalisation contrainte. Le critère premier, c'est le critère de dangerosité. Dans le même temps, toute décision d'hospitalisation contrainte est considérée comme devant être justifiée médicalement. On arrive donc à une sorte d'ambiguïté car on ne sait pas si le critère premier est le danger ou la nécessité de soin. D'ailleurs la loi française dit « danger ... et nécessité de soin », ce qui ne nous éclaire pas vraiment et ne clarifie pas le partage des rôles entre l'expert médical et le décideur de la mesure, que ce soit le préfet ou le maire - de manière provisoire. On a donc reproduit au niveau national cette ambiguïté normative. Dans le même temps, la loi de 1990 a multiplié les garanties médicales apportées à la décision d'hospitalisation. On a multiplié les certificats médicaux à l'appui desquels on doit prendre la décision initiale et renouvelé périodiquement l'expertise médicale pour le maintien de l'hospitalisation contrainte. On a ainsi institué des périodes beaucoup plus courtes que sous le

régime de la loi de 1838. On peut finalement dire que l'ambiguïté principale s'énonce ainsi : *la caution médicale du psychiatre se voit renforcée dans les décisions dont le critère décisif est le danger pour autrui*. Il y a quand même un problème. Cela produit des injonctions contradictoires faites à l'équipe soignante d'une part, et à l'écu local d'autre part.

- Le deuxième problème réside dans le fait que l'on n'a pas clarifié la distinction entre danger *actuel* ou danger *potentiel*. Entre 1990 et 2002, il y a eu un changement dans la loi : avant 2002, la loi dit qu'on peut hospitaliser quelqu'un dont les troubles « compromettraient » l'ordre public, au conditionnel. On pouvait imaginer que cela englobait des situations potentielles de danger et des situations avérées. En 2002, il y a eu une sorte de coup d'arrêt issue de la volonté législative de mieux garantir le respect des libertés individuelles. La loi dit alors « dont les troubles *compromettent* ... », c'est à dire qu'il faut que les troubles compromettent l'ordre public, on passe à l'indicatif. Il faut donc qu'il y ait un danger avéré. En fait, concrètement, d'après les interprétations des administrations centrales, il faut considérer que cela englobe les deux situations de danger potentiel et de danger avéré. J'espère que vous pourrez me donner des indications, Monsieur Azéma, puisque vous avez cité un arrêt qui parle de « danger imminent » et non de « simple éventualité ». Cela pourrait être intéressant à creuser. Sur ce point-là, entre danger actuel et potentiel, plusieurs points de vue peuvent être représentés dans un tableau à quatre entrées :

Type de danger/type d'enjeu	Point de vue sanitaire	Point de vue sécurité/liberté individuelle
Danger actuel, avéré	- Pas de prévention sanitaire - Attente de la crise	- Protection des libertés individuelles - Pas de prévention des troubles à l'ordre public
Danger potentiel	- Prévention sanitaire	- Atteinte aux libertés individuelles Prévention des troubles à l'ordre public

Si l'on retient le fait qu'il faille hospitaliser seulement sur danger actuel, avéré, du point de vue sanitaire, cela n'est pas satisfaisant puisqu'il y a absence de soin s'il n'y a pas un danger avéré par un acte qui trouble autrui. Du point de vue de la sécurité et des libertés individuelles, cela est satisfaisant puisque l'on préserve la liberté individuelle mais on ne prévient pas le trouble à l'ordre public, si risque de trouble à l'ordre public il y a, ce qui est encore à démontrer. Si l'on retient en revanche le danger potentiel comme critère décisif de l'hospitalisation d'office, on peut se réjouir du point de vue sanitaire, puisqu'il va y avoir des soins, mais on ne peut pas se réjouir du point de vue de la liberté individuelle puisqu'il y aura privation de liberté. Au minimum, on pourrait se réjouir d'une prévention du trouble à l'ordre public, mais comment évaluer le risque de trouble à l'ordre public ? C'est un autre problème.

- Le dernier point, qui, à mon sens, constitue une autre ambiguïté est le fait que l'on n'a pas défini si le critère décisif était le danger pour soi ou le danger pour autrui. Je l'ai dit tout à l'heure : certains élus locaux et leurs services travaillent, peut-être pas de manière principale certes, sur le registre de l'assistance à

personne en danger. Certains services de police le font aussi car ils redoutent de multiplier des expériences dramatiques où, lorsqu'on finit par ouvrir la porte, la personne est décédée. Ce registre-là, de l'assistance à personne en danger, n'est pas du tout un registre légalement légitimé pour l'action des élus locaux.

Je vais conclure.

Pour revenir aux relations entre le maire et le psychiatre, vous aurez compris qu'il y a un partage des rôles relativement ambigu. Je voudrais tout de même vous livrer quelques apports qui reprennent une partie des conclusions du rapport qui est cours de finalisation à l'ORSPERE, issu d'une recherche soutenue par la DIV. Nous avons vu qu'il y avait des éléments décisifs dans l'application de la loi par les élus locaux auxquels nous n'avions pas pensé, notamment la taille de la ville, le niveau de proximité entre l'élu et le citoyen, la représentation asilaire – l'ORSPERE a souvent remarqué que les représentations des élus ne sont pas exemptes des représentations ordinaires tendant à comparer l'asile et la prison, ce qui joue sur la décision de l'élu et le rapport subjectif qu'il entretient avec ce type de mesures. Qu'est-ce qui joue également de manière assez décisive ? On a été assez surpris parce que l'on n'avait pensé à cela a priori: ce sont l'organisation interne des services de la ville, les ressources mobilisées par la ville, par exemple le type de professionnels qui travaillent dans les services santé, le cloisonnement entre des services santé et salubrité, le type de relations qui existent entre les services « sécurité » et « santé ». La structuration des services à l'intérieur de la municipalité joue sur le traitement de la demande ou du signalement susceptible de déboucher sur une hospitalisation contrainte. Enfin, on a pu remarquer que la connaissance de la loi était relativement décisive, pour les élus, mais aussi pour les services techniques, c'est à dire que, pour avoir une bonne maîtrise du cadre légal, il faut entrer dans le détail de la jurisprudence, pour savoir où se situer, et connaître ce qui est accepté ou condamné par les tribunaux. Mais au-delà de ces éléments, c'est le texte même de la loi qui n'est pas forcément connu par certains élus ou certains services techniques. Je force un peu le trait certes mais bien souvent, les élus s'approprient les garanties qui sont demandées au préfet pour sa décision, et exigent systématiquement un avis voire un certificat médical, alors que le maire ou ses adjoints ont le droit d'hospitaliser sur un motif qu'on appelle la notoriété publique, sans avis médical. Dans la grande majorité des cas, l'élu ajoute des garanties, justement de par la vision qu'il a de cet acte, qui est tout de même une mesure attentatoire à la liberté individuelle. Le dernier élément décisif de la décision d'hospitaliser sans consentement, qui me permettra de faire le lien avec les autres tables rondes, est le rapport avec la psychiatrie : est-ce qu'il existe des liens structurés permettant en amont de « prévenir l'hospitalisation d'office »? Il en existe de toutes formes, on en parlera tout au long de la journée. Quels sont les liens qui unissent la ville, les services techniques et les élus avec la psychiatrie ? Localement, en général, le type de partenariat et le niveau de structuration de ce partenariat définissent pour beaucoup la façon dont les demandes d'hospitalisation d'office et les signalements en rapport avec un problème de santé mentale sont gérés concrètement.

J'ajouterai enfin que le rôle de la DDASS est également déterminant pour comprendre comment les demandes d'hospitalisation d'office sont gérées au quotidien. Pour certaines villes, l'hospitalisation d'office est une pratique fréquente, pas quotidienne mais hebdomadaire parce que la DDASS désigne explicitement la ville comme l'acteur principal en charge de la mesure, même en dehors de l'urgence, ce qui fait que les HO sont presque toutes d'initiative

municipale ; dans d'autres villes, c'est une répartition des rôles totalement inverse.

Je vais m'arrêter là. Je vous remercie.

Débat

Loïck Villerbu/ La discussion est ouverte. Je fais office de discutant, je renvoie les réponses et j'essaie d'être impertinent dans les différentes questions-réponses qui vont s'échanger. Je suis partagé entre deux sentiments forts. Où est le problème ? Et quelle est la priorité des problèmes dans l'une et l'autre des communications ? Je n'arrivais pas à identifier ce qui me posait problème. Dans la première communication, j'ai surtout été sensible au fait que notre orateur était un homme de texte dont la sensibilité au texte le faisait corriger sans cesse l'interprétation qu'on pourrait en faire, dans le second cas, au fait qu'il y avait bien des statistiques mais qu'elles ne voulaient pas dire grand chose, si on n'avait pas en arrière plan un mode de lecture particulier. Donc, je ne savais pas ce que je devais entendre, sinon que le point le plus fondamental dans tout ça, c'est bien la pratique concrète habituelle du texte, du chiffre, de la relation, du réseau et du territoire. C'est ce qui me paraissait le plus important à entendre. Je ne sais pas si vous étiez dans les mêmes perspectives.

Pilar Giraux/ Je suis psychiatre à la mairie d'Aubervilliers. J'ai une question par rapport à l'hospitalisation d'office sur notoriété publique. Que les élus demandent des avis médicaux dans la pratique, il nous a semblé, en tout cas à Aubervilliers, que c'est plus simple que ces questions de notoriété publique dans laquelle il y a quand même la nécessité d'établir des témoins, une enquête de police... On n'a pas beaucoup parlé du lien avec la police pour l'hospitalisation d'office, c'est aussi déterminant.

Bernard Azéma/ Le lien avec la police, c'est compliqué cette affaire. J'ai soutenu dans mes précédentes fonctions l'accusation dans une affaire de violence grave à enfant. Il s'agissait d'un père de famille qui avait été interpellé par la police sur la voie publique, parce qu'il était assez dévêtu et montrait ses attributs sexuels aux passants. La police est intervenue, a procédé à son interpellation, l'a conduit au commissariat et l'a placé en garde à vue. La police a demandé des instructions au Procureur de la République, qui a indiqué qu'il fallait le remettre dehors et que ce monsieur serait poursuivi pour exhibitionnisme dans le cadre d'une convocation par un officier de police judiciaire. Pour la première fois de leur vie professionnelle, les policiers se sont heurtés à un refus de ce monsieur de sortir des locaux de garde à vue. Ils se sont inquiétés, ils en ont rendu compte au Procureur de la République, qui leur a dit « vous le mettez dehors, de force ». La force est plus souvent utilisée pour mettre dedans, là c'était pour mettre dehors. Ce monsieur se précipite immédiatement à la boulangerie qui jouxte le commissariat de police et agresse une jeune mère qui était là avec un enfant dans une poussette. La police intervient de nouveau et le remet en garde à vue. Le procureur de la République demande aux policiers de faire examiner ce monsieur par un psychiatre, qui dit qu'il est tout à fait sain de corps et d'esprit. Le Procureur de la République n'a pas été vraiment convaincu et a demandé à ce qu'un deuxième psychiatre l'examine. Ce deuxième psychiatre a considéré qu'il n'était pas sain de corps et d'esprit, et qu'il rentrait dans le cadre de l'hospitalisation d'office, qu'il avait besoin de soins et qu'il présentait

une dangerosité peut-être pour lui-même, mais en tout cas sans doute pour autrui. Il a été conduit, dans le cadre d'une hospitalisation d'office à l'hôpital psychiatrique. Il est sorti 8 jours après. Entre temps, son enfant avait été pris en charge par un membre de la famille, parce que la mère faisait elle aussi des entrées et des sorties dans un service spécialisé. Ce monsieur n'avait aucun antécédent psychiatrique. Une fois sorti, la seule demande de ce monsieur a été de récupérer son enfant. Le membre de la famille qui l'avait accueilli était inquiet, ayant déjà repéré des troubles au niveau de la santé mentale, mais sur instruction de la police, elle a remis l'enfant à son père, puisque juridiquement, elle n'avait aucun droit. Le juge des enfants avait été saisi mais il y a eu « retard à l'allumage »... Ce monsieur récupère donc son fils et dans la joie des retrouvailles s'en va acheter un petit chiot pour faire plaisir à son enfant. Si je parle du chiot, c'est que ce chiot a atterri du 7^{ème} étage dans la cour de l'immeuble, ce qui a mobilisé les voisins. La police est à nouveau intervenue, est rentrée de force dans l'appartement, où l'enfant hurlait à la mort dans sa chambre parce qu'il avait des traces de brûlures. D'un point de vue médico-légal, on a établi que c'était le fond d'une casserole, deux traces devant, deux traces derrière. Le père était prostré dans le canapé et ses seules paroles étaient « le chien a renversé la soupe sur mon enfant, c'est pour ça que je l'ai jeté par la fenêtre », ce qui ne pouvait concorder avec les indications médico-légales. Il n'a rien dit de plus, ni pendant sa détention provisoire, ni à l'audience. Il n'a pas pu être statué sur les dispositions de l'article 122-1, ni alinéa 1^{er} ni alinéa 2, puisqu'il n'a rien dit à l'expert psychiatre. Voilà.

Alors les relations de la police avec le psychiatre... l'ordre public, de mon point de vue, n'avait pas été suffisamment atteint pour qu'on s'inquiète de la santé mentale de ce monsieur et il est aujourd'hui incarcéré, vraisemblablement compte tenu de sa « pathologie ». J'ai du mal à le dire : est-ce qu'il est fou parce qu'il a posé un acte fou ? Je n'en sais fichtre rien. Vous parliez de dangerosité, vous parliez d'ordre public. Dans notre jargon, on appelle ça des « standards juridiques », ce ne sont pas des normes. Nous, les juristes, on a l'esprit un peu psycho-rigide. Dès qu'on nous demande de statuer sur des « standards juridiques », on est forcément très mal à l'aise. Qu'est ce que c'est que le danger ? Qu'est-ce que c'est que l'intérêt de l'enfant ? Qu'est-ce que c'est que l'ordre public ? Qu'est-ce que c'est que la dangerosité ? Je n'en sais fichtre rien. C'est à géométrie très très variable. Et j'aurais tendance à dire que du côté des psys, ce n'est pas très éloigné. Voilà. Moi ce qui m'interroge, mais je n'ai pas de réponse satisfaisante... de quoi s'agit-il ? Où est le problème ? Le problème, il est à la fois perceptible et insoluble. Au nom de l'ordre public, dont la définition reste à faire, jusqu'où est-on d'accord collectivement pour porter atteinte à la liberté individuelle et assurer la protection de nos concitoyens ?

On a eu une décision du JLD de Grenoble concernant un arrêté d'hospitalisation provisoire d'office –c'est donc un maire qui a pris la décision- qui a été prononcé pour le motif suivant : « par son comportement, notamment le fait qu'elle dorme dehors par de fortes températures négatives présente un danger imminent pour sa propre sécurité et qu'il convient de prendre à son égard toutes les mesures provisoires nécessaires ». Ca vous parle ça, vous les élus ? Le Procureur a requis le maintien de l'hospitalisation d'office. A l'audience, Mademoiselle X a réitéré sa demande de main levée d'hospitalisation d'office. Le certificat mensuel mentionne : « femme de 42 ans, admise pour errance sur la voie publique, s'inscrivant dans une clochardisation, conséquence d'un processus psychotique schizophrénique. Depuis son entrée, on constate une relative acceptation du cadre institutionnel qui constitue une réassurance certaine, etc ». Mais qu'en fait

le juge des libertés ? « Les déclarations recueillies à l'audience indiquent que Mademoiselle X reconnaît avoir réagi vivement à son hospitalisation d'office, car elle considérait que sa situation de sans domicile fixe ne justifiait pas cette décision attentatoire à sa liberté. Mademoiselle X déclare que le médecin lui a indiqué qu'il allait lever l'hospitalisation d'office. L'infirmière à l'audience confirme que le médecin a déclaré récemment que l'hospitalisation d'office pouvait être levée. » Il résulte des pièces de la procédure et des débats que l'hospitalisation sous contrainte ne compromettait la sécurité des personnes ou portait de façon grave atteinte à l'ordre public. Le juge des libertés a donc ordonné immédiatement la levée de l'hospitalisation d'office. Le critère que je qualifierais de « social » à ce moment-là pour le juge des libertés ne justifie pas l'hospitalisation d'office. Mais j'ai une autre décision qui dit sensiblement l'inverse : « le processus de resocialisation (c'est-à-dire un appartement, etc.) est en cours, et ça justifie le maintien de l'hospitalisation sous contrainte ».

Pauline Rhenster/ Oui, quand je parlais de mésusages de l'hospitalisation d'office, je désigne toutes ces situations-là. L'hospitalisation par grand froid de personnes sans domicile fixe est totalement exemplaire à ce niveau-là. On est ni dans un danger pour autrui ni dans un péril imminent pour la sûreté des personnes. On peut dire qu'il y a une urgence, mais pas pour la sûreté des personnes. Il n'y a pas de trouble à l'ordre public. De plus, il n'y a pas forcément un problème psychiatrique, c'est à dire qu'il n'y a aucun des critères légaux pour justifier l'HO. Après, que l'on découvre par incidence la nécessité de soins psychiatriques, comme c'est le cas ici, effectivement, cela transforme le problème.

Bernard Azéma/ Oui, mais est-ce que le fait que X personnes vivent dans la rue n'est pas une atteinte à l'ordre public ? On peut le mettre en débat. Jusqu'où va la définition de l'ordre public ?

Pauline Rhenster/ Et faut-il de l'ingérence sanitaire pour protéger la santé et la survie des personnes qui sont dans la rue ? Le problème, c'est le problème sanitaire, pas le problème de sécurité.

Françoise Lindon/ UNAFAM, Union Nationales des Amis et familles des malades psychiques. Dans le cas précédent, où il y avait un enfant avec sûrement une maltraitance, vous ne nous dites pas ce qu'est devenu l'enfant, et vous ne nous dites pas non plus si l'entourage de cet enfant et du père a été interrogé, pour se faire une idée vraiment de la situation.

Bernard Azéma/ Bien sûr que si. L'enfant a immédiatement été confié à l'hôpital, parce qu'il y avait un pronostic vital qui était en jeu. Le juge des enfants est intervenu. Il a été confié à l'Aide sociale à l'Enfance. Bien évidemment à la fois dans la procédure de protection de l'enfance et dans le cadre de la procédure pénale, on a fait une enquête d'environnement, où il est apparu que les membres de la famille s'inquiétaient de la détérioration de l'état psychique du monsieur, voilà, ils « s'inquiétaient ».

Daniel Maurines/ UNAFAM également, du département du Gard. Monsieur et Madame, je vous ai écouté avec beaucoup d'attention, je voudrais dire deux ou trois choses. Je suis à la CDHP du département du Gard depuis 3 ans. Nous avons 4 hôpitaux, 4 lieux que nous visitons une fois par an. Dans cette

commission, il y a un représentant des usagers – des patients, il y a également un représentant des familles, que je suis, deux psychiatres et un généraliste. Des hospitalisations sans consentement « bidouillées », on n'en a jamais trouvé, sauf que c'est évidemment ambigu dans les rapports de médecins que nous lisons. Le renouvellement de ces rapports doit être fait tous les trois mois et effectivement, la justification de l'hospitalisation d'office dans le rapport, dans l'écrit même, n'est pas toujours très claire. Ce que je me permets d'ajouter à vos propos, c'est qu'il ne faut pas croire que les malades qui sont en HO ou en HDT sont enfermés ou obligés d'être à l'hôpital. D'après ce que j'ai vu, 80% sinon plus sont en sortie d'essai, c'est à dire qu'ils sont à l'extérieur. Cela surprend beaucoup. Moi, je me place du point de vue de l'UNAFAM, c'est à dire que nous aidons les familles à comprendre la maladie, à vivre avec, et avec leurs enfants. Ca veut dire que dans les HO, dans tous les départements de France, malheureusement, il y a eu des non-lieux qui ont été prononcés, avec des meurtres dans la famille, etc. Quand ça tombe dans la voie publique, cela effraie les gens, qui disent « ces fous meurtriers, vous les laissez dehors ». Ca fait partie des problèmes. A l'UNAFAM, pour vous donner une idée, nous sommes à peu près 16 000 sur le plan national, nous sommes organisés par départements que nous appelons des sections, plus ou moins importantes selon les départements. Il y a 6 points clés que nous essayons de réaliser pour le patient :

- la continuité des soins, c'est là que se pose le problème, il faudrait à tout prix ensemble trouver une 3^{ème} voie en dehors des HO et des HDT, parce que nos malades rechutent, et pourquoi ils rechutent ? Parce qu'ils refusent le traitement.
- les ressources, matérielles, financières. Ce n'est pas simple, avec la nouvelle COTOREP etc. Heureusement, le handicap psychique a été pris en compte en 2005.
- le logement : pour donner un chiffre national, où sont les malades ? 40% sont chez les parents. Que font-ils ? Sans emploi : 70%, en travail protégé, 15%. Ce sont des chiffres nationaux. Et du point de vue du niveau d'étude, 30%, ont un des bac +5, bac +4 ; 40% ont fait des études secondaires.
- la protection juridique, les tutelles et curatelles.
- dernier point : les activités, dont le travail, mais très peu peuvent travailler.

Moi, je suis venu ici avec un thème dans ma tête, c'est une cellule d'alerte sur le Gard.

Pauline Rhenfer/ si vous le permettez, je crois que vos remarques s'intègrent beaucoup plus aux autres débats sur les partenariats entre la ville et les autres acteurs. Je crois qu'on pourra revenir sur ce point, puisqu'il faut clore ce débat-là. J'ai juste une remarque puisqu'on évoque des exemples où l'on parle de maltraitance ou de meurtre. Je voudrais revenir sur plusieurs points que l'ORSPERE a découverts : on a travaillé sur les troubles du vivre ensemble, qu'on avait définis comme « troubles du voisinage » initialement, pour lesquels un signalement est porté vers une ville. Pour un trouble du comportement, dans la très grande majorité des cas, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité physique des personnes. Je dis cela pour relativiser un peu. On parle de l'HO et on dit qu'il ne faut pas faire d'amalgame : il faut aussi étudier et organiser des espaces d'études des situations qui ne sont pas de la grande délinquance, du crime, et pour lesquelles il y a un problème de santé mentale, pour lesquels l'HO se pose, mais ne sera pas forcément retenue par la ville, le Préfet ou l'élu. Je voulais

resituer les choses. Certes, il y a le danger avéré et des situations de pure délinquance, mais il y a aussi tout un ensemble de troubles du vivre en commun, en communauté, qui ne relèvent pas de ce dispositif-là, et qui ne trouvent pas d'espace de droit commun soit pour le soin soit pour la « civilité », je ne sais pas comment appeler ça.

Odile Didion/ Je suis conseillère technique au CCAS de Dijon. J'ai occupé pendant 5 ans les fonctions de travailleur social au commissariat de Dijon, et c'est à ce titre-là que je voulais parler justement de ces liens entre la police, la justice. Quand je suis arrivée au commissariat, c'était une création de poste. Et très rapidement, je me suis rendu compte que je recevais de manière massive des familles de personnes avec des problématiques psychiatriques, qui demandaient comment faire pour hospitaliser leurs proches. Et du coup, je me suis mise à organiser l'harmonisation de tout cela entre le parquet, la police (avec la nécessaire protection de l'intervention), le milieu médical avec le CHS, qui intervenait en conseil technique mais qui était également partie prenante et les services sociaux : il s'agissait de dire comment on peut éviter l'hospitalisation avant, comment l'on peut ensuite récupérer la personne après l'hospitalisation pour mettre en place des choses solides, des appuis, des aides, pour qu'effectivement, il n'y ait pas à réhospitaliser régulièrement. Et j'ai trouvé que pendant 5 ans, ce partenariat a été effectivement riche. L'hospitalisation sous contrainte, j'en avais une à deux par mois. On avait réussi à contourner les HDT qu'on transformait en hospitalisation d'office, tout simplement parce que je signalais, moi, parce que je suis assistante sociale de formation et qu'après évaluation, j'avais la possibilité de rester dans un cadre et dans le respect du malade. Tous les partenaires ont travaillé pendant cinq ans dans le respect du malade et dans le « prendre soin du malade ». Ce souci-là était vraiment important. C'était le souci de la police : ne pas emprisonner quelqu'un qui relève d'une hospitalisation et faire ensuite en sorte que la situation soit suivie.

Loïck Villerbu/ Merci beaucoup pour ce témoignage. Je voudrais terminer là-dessus. Si j'ai bien entendu, nous sommes confrontés actuellement à des métiers dont les compétences sont limitées. Tant que nous sommes dans les normes standards, il n'y a pas trop de problèmes. Ce qui se développe au fond, ce sont les demandes d'emploi au-delà des compétences standards. Vous faites une excellente illustration de ce qui se passe quand une institution s'intéresse à ce qui fait échec à ses façons habituelles de procéder. Vous êtes assistante sociale et je sais qu'il y a aussi des psychologues qui sont chargés d'opérer la même chose auprès des commissariats et des gendarmeries. Merci beaucoup.

Pauline Rhenster/ Nous allons appeler Marie Odile Dufour, qui est vice-présidente de l'association « Elus, santé publique et territoire », maire adjointe à Champigny sur Marne, et Françoise Bargero, attachée principale, chef du service de l'aide légale au centre communal d'action sociale de Champigny sur Marne, qui vont nous parler d'une expérience très précise, qui a été appelé localement « le groupe de vulnérabilité ». Nous avons avec nous Serge Kannas qui est psychiatre, membre permanent de la mission nationale d'appui en santé mentale, et Philippe Lefèvre, médecin directeur à Evry.

Première table ronde

Agir en amont des hospitalisations contraintes : les dispositifs d'alerte

Débat animé par Serge Kannas, psychiatre, membre permanent de la Mission Nationale d'appui en Santé Mentale

Serge Kannas/ Bonjour à tous, je suis le docteur Kannas. Je suis psychiatre. Je voudrais remercier Marina Girod de l'Ain et Laurent El Ghozi pour m'avoir fait le plaisir et l'honneur de m'inviter à cette journée pour animer cette table ronde. Je suis particulièrement intéressé par le thème de cette journée à triple titre : au titre de ma pratique professionnelle de plus de 40 ans, qui d'une façon générale n'a pas séparé le traitement du contexte familial et social dans lequel le traitement intervenait, à un 2^{ème} titre qui est celui d'avoir été à l'origine d'une des seules équipes françaises d'urgence psychiatrique et de crise orientée vers l'alternative à l'hospitalisation – je parle d'une équipe mobile avec l'implication de l'entourage, et à un 3^{ème} titre, celui de mon travail actuel auprès de la Mission nationale d'appui en santé mentale, qui est un travail d'aide à la planification en santé mentale et en psychiatrie à la demande des ARH³ et du Ministère de la santé, travail qui nous pousse de plus en plus à mettre l'accent sur les connections obligées entre la psychiatrie et son environnement médico-social et social, et qui nous fait visiter une large partie de la France psychiatrique. Toutes ces raisons me poussent à être particulièrement attentif. Je n'en dis pas plus. Honneur à Madame Dufour, maire adjointe de Champigny sur Marne.

« Le groupe de la vulnérabilité de la ville de Champigny sur Marne » Marie Odile Dufour, maire adjointe et Françoise Bagero, attachée principale, chef de service de l'Aide légale au CCAS

Marie Odile Dufour/ Merci. Bonjour Mesdames et Messieurs. Je suis effectivement maire adjointe en charge de la santé, des personnes handicapées et de la toxicomanie. Je vais vous présenter notre ville géographiquement mais aussi socialement parce que vous comprendrez mieux ensuite ce que je vais vous expliquer sur notre service de la vulnérabilité. Champigny sur Marne est la 3^{ème} ville du département du Val de Marne, située à 10 km à l'est de Créteil. Nous avons 76 000 habitants. Notre ville a une population assez jeune : 57% de personnes ont moins de 39 ans. Parallèlement, la proportion de personnes retraitées et de personnes âgées augmente sans arrêt, puisqu'elle est aujourd'hui de 16%. Le revenu imposable moyen par foyer fiscal est inférieur de plus de 10% à la moyenne départementale. Nous avons 2,5% de la population campinoise qui bénéficie du RMI. Nous recensons 37% de logements sociaux. Au total, nous avons plus de 4000 personnes qui sont couvertes par les minimas sociaux, soit plus de 5% de la population. Je pense que tout le monde en a conclu que ce sont des conditions qui sont bien susceptibles d'engendrer des problèmes liés à la santé mentale et à la souffrance psychique.

Notre ville a un atelier santé ville, porté par deux centres de santé municipaux, avec une très forte Direction de la santé, qui travaille en collaboration avec l'ensemble des partenaires médicaux de notre ville, y compris la médecine libérale. Champigny a une particularité : nous avons un secteur, le 3^{ème} secteur psychiatrique qui couvre exactement notre territoire, qui est relié à l'hôpital des

³ Agences Régionales de l'Hospitalisation.

Murets, situé dans une ville limitrophe. Le responsable du secteur psychiatrique a donc en charge la population de notre ville, ce qui permet de réussir avec efficacité le dispositif que je vais tenter de vous expliquer.

Nous avons un atelier santé ville et lorsque nous avons préparé l'implantation de cet atelier, nous avons mené un certain nombre de réunions, une douzaine au total. Dans toutes ces réunions, quels que soient les partenaires que nous rencontrions, des associatifs, des professionnels de l'enfance ou des personnes âgées, selon tous ces professionnels et tous ces partenaires, dont certains n'étaient pas des professionnels médicaux, la souffrance psychique est survenue de manière très forte dans nos réflexions. Assez rapidement, quand nous avons rencontré les professionnels, nous avons réfléchi à cette problématique de la souffrance psychique : tous ces professionnels ont conclu qu'ils avaient tous des savoir-faire, des expériences, mais qu'à un moment donné, leurs compétences s'arrêtaient et qu'ils étaient souvent extrêmement démunis pour pouvoir poursuivre ce qu'il était nécessaire de mettre en place pour la personne en souffrance. Cela a permis aux uns et aux autres de se connaître, premièrement, et ensuite de se reconnaître, de se dire qu'à un moment donné « ma compétence à moi s'arrête », mais que la compétence d'un autre peut prendre le relais, et que l'on peut travailler ensemble. Cela permet de mailler des solutions autour de la personne.

Parallèlement à ces réflexions que nous menions au sein des ateliers santé ville, le Centre communal d'Action Sociale dont Madame Bargerò assure la direction, était très fréquemment sollicité par des signalements de comportements plus ou moins inquiétants, de certaines personnes ; une première réflexion s'est mise en place sur le thème de la vulnérabilité, au départ un peu plus en direction des personnes âgées, mais très vite en direction de tous types de population. Or, dans ma délégation, je travaille à la fois sur les ateliers santé ville et sur ce groupe de la vulnérabilité. Il nous est apparu important, puis incontournable de faire coïncider les dispositifs, et de travailler ensemble sur cette question que nous appelons « la vulnérabilité ». En 2001, avec différents élus –mon collègue en charge de l'hygiène, de la prévention et de la sécurité, mon collègue en charge des affaires sociales sont autant concernés que moi par la problématique que rencontrent ces personnes à titre divers, ce groupe a commencé à réfléchir. Il y a eu un certain nombre de réunions et par la suite, nous avons bien trouvé que les différents signalements que nous recevions, soit via nos services soit directement, concernaient des publics certes en détresse, pour lesquels il fallait assurer une prise en charge parfois en urgence, mais il est apparu crucial pour assurer la meilleure prise en charge possible, de se mettre tous ensemble autour d'une table, de réfléchir et de mettre au point des dispositifs qui puissent fonctionner le plus vite possible, dans le respect des compétences des uns et des autres, et également dans le respect de la personne concernée. Je pourrais répondre à la personne qui posait la question tout à l'heure sur le rôle de la police. Nous, dans toutes ces rencontres que nous avons eues, nous avons interpellé toutes les personnes concernées à un moment donné ou à un autre de la vie de la personne qui présente un problème et qui a une souffrance : la police, les pompiers, les travailleurs sociaux, les bailleurs, les médecins, les élus, les services de l'UDAF, l'association l'UNAFAM, toutes les associations, les représentants de la CRAMIF... Tout le monde a accepté de travailler, de réfléchir pour mettre en place un vrai dispositif autour de tous ces partenaires certes locaux, mais aussi départementaux. Je vous fais grâce de l'énumération exhaustive.

Lorsque nous avons bien réfléchi ensemble, que nous avons vu qui intervenait, quand, comment, pourquoi, etc., il nous est apparu en 2004 qu'il fallait quand même un dispositif de plus, qui pourrait ne pas intervenir en urgence. Tout à l'heure, il a été évoqué qu'il y a certaines situations qui, si elles avaient été regardées en amont, n'auraient pas débouché sur l'hospitalisation sous contrainte en urgence. Nous avons donc créé une cellule de veille, qui se réunit à peu près deux fois par mois avec un nombre bien plus restreint d'intervenants, qui réfléchit sur une problématique qui lui est posée, qui permet de ne pas agir en urgence mais bien de trouver des solutions meilleures, à la fois pour la personne concernée mais aussi pour l'ensemble des services. Madame Bargeró va vous donner un exemple concret, pour bien vous expliquer les différentes phases que nous avons construites.

Lorsqu'une personne est signalée, ça peut être la famille qui est souvent dans une grande détresse, ou des voisins, par lettre, qui s'adressent soit au maire soit au service, ça peut être un organisme, une association, un médecin, un médecin de famille parfois, qui nous alertent. Le service reçoit ce signalement. S'il n'y a pas d'urgence, la cellule de veille peut tranquillement et avec sérieux construire quelque chose. Si c'est une urgence parce que la personne a des comportements qui inquiètent absolument tout le monde, le voisinage, les élus, et que les élus sont interpellés voire parfois harcelés pour qu'on trouve des solutions, notre dispositif se met en place. On recueille les informations, écrites, orales, le plus de choses possibles qui attestent le comportement de la personne. Ce n'est pas toujours facile. Les gens vous disent une chose, mais quand vous leur demandez de l'écrire, la plupart du temps, il n'y a plus personne, c'est beaucoup plus difficile. Ensuite, nous nous mettons en relation avec différents partenaires. Si nous arrivons à la conclusion qu'une hospitalisation contrainte est vraiment nécessaire, en général, auparavant, nous contactons le responsable de notre secteur psychiatrique, nous lui expliquons ce que nous avons, les différents éléments (parfois il est déjà connu de l'hôpital, parfois il ne l'est pas du tout). Et en général, avec le psychiatre, en amont, nous mettons en place le dispositif, et c'est bien sûr la ville, souvent par l'intermédiaire de Madame Bargeró qu'il se met en place. Nous avons tout de suite des relations avec la police, sans aucune difficulté, puisque dans les hospitalisations sous contrainte, vous le savez, la police peut prêter main forte mais ce n'est pas elle qui emmène la personne, ce sont des ambulanciers. Donc il faut des ambulanciers, parfois la police, parfois les pompiers. Il faut que toutes ces personnes-là soient là en même temps lorsque la personne n'est pas consentante pour partir gentiment à l'hôpital, il faut vraiment un dispositif qui soit bien huilé, pour que ça fonctionne bien, dans le respect de la personne qu'on va emmener sans son autorisation. Et parfois, au milieu de tout ça, il faut un élu pour que chacune des instances se sente à l'aise, fasse son travail, avec l'élu qui signe, qui coordonne. Parfois on se demande à quoi servent les élus, mais parfois ils servent à ça. Si la personne accepte, ce qui est très rare, les soins se mettent en place, si elle n'accepte pas, vous connaissez tous les conséquences. Je vais donc laisser la parole à Madame Bargeró qui va vous présenter le cas de Martine et vous verrez comment les choses fonctionnent réellement.

Françoise Bargeró/ Bonjour. Ca me fait plaisir de venir témoigner du travail qu'on a fait tous ensemble à Champigny. Quand je dis tous ensemble, ce sont effectivement les efforts des élus et du secteur psychiatrique et Madame, je vous

répondrai tout à l'heure par rapport aux expériences vécues, par rapport à un médecin psychiatre de secteur. A Champigny, il y a une histoire, il y a une tradition. Le maire était membre du conseil d'administration de l'hôpital psychiatrique, comme l'a rappelé aussi Monsieur le Maire de Grenoble tout à l'heure. Du même coup, la psychiatrie, ça ne lui était pas étranger. Du même coup, il travaillait beaucoup avec le maire adjoint à la santé ; il était aussi interpellé par les professionnels de santé, qui rencontraient de grandes difficultés et vous connaissez tous l'état des services de santé mentale, avec le déficit qui va en s'aggravant. Les gens souffrent de plus en plus et les moyens ne sont pas toujours à la hauteur des besoins. Ceci étant, on est dans un contexte institutionnel et politique favorable à la communication, à la vraie communication, au travail partenarial en profondeur. A partir de là, il y a 5 ans, je suis venue comme cadre territorial au centre communal d'action sociale, après une carrière de bientôt 40 ans, donc un peu d'expérience dans le champ social. Je n'étais pas travailleuse sociale mais j'ai toujours été administrative dans le champ de l'action sociale. Je me suis rendu compte en revenant à Champigny, après avoir été chargée des personnes âgées au département du Val de Marne, sur la « prestation spécifique dépendance » (la loi qui venait juste avant l'aide personnalisée à l'autonomie faisait beaucoup appel à la notion de vulnérabilité adulte), que dans une mairie, quand un signalement arrive, il va n'importe où. Il va chez les hôtesse, et ceux qui sont agent municipal avec moi vont sûrement me dire oui, il n'y a pas qu'à la mairie de Champigny. Ça va chez les hôtesse, ça va au secrétariat du maire, ça va chez les élus, ça va au service d'hygiène etc. Donc je me suis dit : qu'est ce qu'on pourrait faire ensemble ? J'ai eu le soutien, et ce n'est bien sûr pas un hasard qu'on soit là ensemble ce matin, j'ai eu le support et l'aval du Bureau municipal pour effectivement créer un groupe de vulnérabilité, comme vous l'a décrit Madame Dufour, ce que j'appelle un grand groupe d'une quarantaine de personnes. Depuis 5 ans, on s'est réuni 20 fois. Je dois vous dire que j'ai été étonné moi-même du succès e ces réunions : les partenaires venaient et on était entre 35 et 40 à chaque fois, à travailler dans la pluralité, dans la diversité de nos compétences professionnelles. On s'est dit ce qu'on faisait, comment on pouvait le faire, et ce qu'on ne pouvait pas faire. A partir de là, la police a échangé avec la psychiatrie, la psychiatrie a échangé avec les pompiers, la police a échangé avec les travailleurs sociaux, etc. Toutes les institutions se sont mises ensemble. A partir de là, on a créé une cellule de veille, donc un système d'alerte.

Je vais vous soumettre le cas de Martine. Martine, c'est évidemment anonyme : Martine, une femme d'une cinquantaine d'années, a eu de grosses difficultés dans la vie, beaucoup de souffrances, vers 25 ans, elle a dû voir ses enfants sous mesure de protection de l'enfance, deux enfants placés. Martine est une personne reconnue handicapée mal voyante. Toutes ces années, après le placement de ses enfants, vaille que vaille, elle a vécu comme elle a pu. Et puis elle avait un concubin, c'était l'équilibre. Puis le concubin meurt subitement. C'est comme ça que Martine a pété les plombs, elle est devenue farouche, insupportable, violente. On a eu beaucoup de signalements en mairie, qui venaient à la fois des gardiens d'immeuble, des locataires, des associations de locataires, du voisinage en général. Elle faisait peur, Martine. L'élu de secteur, Madame Dufour, l'assistante sociale du secteur et moi-même, mais aussi le service d'hygiène de la ville à tour de rôle, on est passé chez Martine. Pourquoi ? Parce que la cellule de veille s'était réunie en amont avec le médecin psychiatre, avec l'UDAF et on s'est dit : qu'est-ce qu'on peut faire avant

que ça ne devienne trop criant ? Est-ce qu'on peut l'amener à des soins ? On a fait beaucoup d'efforts, on n'y est pas arrivé. Vous savez, même ses excréments étaient dans l'escalier, ses voisins n'en pouvaient plus, elle nous a menacés, elle nous disait qu'elle avait un pistolet, qu'elle allait nous tuer. On s'est rendu compte avec les partenaires autour de la table, services sociaux départementaux, élus locaux sécurité et santé, le médecin psychiatre, que l'on était confronté à un trouble notoire de l'ordre public. On a donc pris un arrêté dit d'hospitalisation d'office. Comme on le rappelait, il faut que la police prête main forte aux ambulanciers, il faut que le malade soit bien à domicile, tout ça c'est compliqué. Vous voyez, j'ai été frappée par quelque chose. On me disait « on ne trouve plus d'ambulanciers, on ne peut plus trouver d'ambulanciers ». Et moi je me fâchais avec la police, avec les pompiers. Et vous savez pourquoi il n'y avait plus d'ambulanciers ? Parce que les ambulanciers n'étaient pas payés quand ils faisaient des transports dans le cadre d'un arrêté d'hospitalisation d'office, parce que souvent il y avait des droits à la sécurité sociale qui ne pouvaient pas être repris, alors le malade, on n'allait pas le chercher. Grâce à un travail partenarial qui dépasse la cellule de crise, on a travaillé avec des assistantes sociales de psychiatrie, et il n'y a pas un ambulancier qui ne soit pas payé maintenant : j'ai des ambulanciers qui viennent et qui sont contents d'accomplir une tâche de service public remarquable. Je voulais vous le dire, parce que le diable se cache dans les détails. Franchement, je crois que c'est Rocard qui disait ça.

Ce que je voulais dire par rapport à Martine, c'est qu'elle était handicapée, qu'elle était malvoyante, que finalement, elle appelait au secours, elle avait une demande de soins réelle, que la cellule de veille a continué après son hospitalisation d'office à se réunir très régulièrement. On a associé le bailleur qui avait eu beaucoup de soucis pendant un ou deux ans, le gardien d'immeuble a été extraordinaire, les citoyens eux-mêmes. Moralité : aujourd'hui, Martine est encore à l'hôpital psychiatrique, ça fait deux ans, elle va sortir, on prépare sa sortie avec à la fois le service social de psychiatrie, le service social départemental et la société d'HLM, qui est en train, elle, de rechercher un logement. On ne sait pas si on va pouvoir la remettre dans son ancien logement, étant donné qu'il s'était passé des choses douloureuses pour les voisins. Mais en même temps les voisins l'ont vu revenir avec le service psychiatrique très régulièrement, disant eux-mêmes, et je suis allée les voir, « elle va mieux, ce n'est plus la même personne. » On ne sait pas si on ira jusque la remettre dans son ancien logement, qu'on a dû nettoyer. Maintenant, elle a un tuteur, ce qui est très important, et elle va avoir un accompagnement social à la fois du point de vue de l'hôpital et en lien avec le secteur. On a joué notre rôle en tant que mairie. Il y a le maire adjoint à la santé, le maire adjoint aux affaires sociales, le maire adjoint à la sécurité, et même le maire adjoint au logement qui se sont mobilisés. Ma capacité à moi en tant que cadre territorial est d'essayer de créer les conditions pour ce que ce « tous ensemble » réussisse. En fait, je trouve que très souvent, même si je suis la première à demander des moyens supplémentaires, on a des moyens qu'on mutualise mal, et je trouve qu'il faut absolument rechercher un partenariat institutionnel, politique, associatif et citoyen, parce que les gens dans les quartiers ont des ressources extraordinaires, il y a des solidarités qui peuvent se développer. Mais il faut expliquer, expliquer beaucoup. J'ai entendu tout à l'heure qu'il y a une grande ignorance de ce qu'est l'hôpital psychiatrique, de ce qu'est le placement d'office, et quand je dis ignorance, c'est à la fois institutionnel, citoyen etc. Il y a vraiment beaucoup de communication à faire. En tout cas, à Champigny, ce n'est pas la panacée, on a

beaucoup de soucis mais il y a eu 30 placements d'office l'année dernière, dont 10 accompagnés par nous autres.

Marie-Odile Dufour/ Je voulais apporter une petite conclusion sur l'efficacité de ce dispositif. Effectivement, il repose sur l'implication de tous les acteurs. Il faut reconnaître la compétence de chacun. Le Docteur Bourat qui est responsable du secteur psychiatrique ne peut pas se passer de mon aide et je ne peux absolument pas me passer de son aide. C'est la même chose pour la police, pour les bailleurs, pour les gardiens d'immeubles etc. Cette implication de tous les acteurs doit se faire dans le respect des uns et des autres. C'est vraiment un réseau qu'il faut créer avec confiance et respect, autour de la personne souffrante. J'ai tenu à ce que Madame Bargeró vous présente l'exemple de Martine, parce que c'est elle qui a été les deux aiguilles qui tricotaient et qui permettait que tous les autres acteurs interviennent quand il fallait. Il faut effectivement à un moment donné savoir reconnaître que d'autres ont une compétence qu'on n'a pas. Ce n'est pas facile quand on est élu, ce n'est pas facile quand on est médecin ou commissaire je crois, ou quand on a une responsabilité quelle qu'elle soit. Alors peut-on transposer ce dispositif ? Je pense que oui, quand ça repose sur la volonté qu'ont les gens de travailler ensemble. Ça nécessite de l'intelligence, parfois de l'humilité. Est-ce que ce dispositif va perdurer ? Pour le moment, il est bien mis en place, c'est vrai, mais reste très lié aux personnalités des gens qui l'animent. Ce n'est pas compliqué, il suffit de vouloir travailler tous ensemble.

Serge Kannas/ Merci Madame Dufour, merci Madame Bargeró. Si vous m'autorisez à vous poser quelques brèves questions avant qu'on passe à l'intervention du Docteur Lefèvre et qu'on revienne à la discussion avec la salle. Ce sont des questions brèves et pratiques. Quand vous avez évoqué des situations qui étaient travaillées en commun et qui concernaient des personnes en difficulté, ces personnes n'étaient jamais présentes ? Parfois présentes ? Comment ça se faisait ?

Françoise Bargeró/ Jusqu'ici, je n'ai pas de cas où elles étaient présentes. D'abord, les études de situation sont toujours dans l'anonymat, mais on a pensé quelquefois, on est en train de progresser dans notre groupe de travail, qu'effectivement à la participation des usagers, des patients eux-mêmes, mais là, c'est une autre étape, et c'est celle bien sûr vers laquelle je voudrais essayer d'aller. Tout à l'heure, je vous ai parlé d'une démarche citoyenne, parce que les malades sont peut-être malades mais ce sont des citoyens à part entière.

Serge Kannas/ La deuxième question est connexe. Comment ces travaux organisent le partage d'information et le respect de la confidentialité ?

Marie-Odile Dufour/ Effectivement, c'est une question qui n'est pas toujours évidente. A un moment donné, il ne faut pas se leurrer, les choses peuvent se dire, mais ça reste entre très peu de personnes, qui respectent toutes la confidentialité. Il ne faut pas non plus être trop rigoriste sur cette question de confidentialité, puisque, à un moment donné, on a besoin de dire les choses.

Serge Kannas/ C'est à dire que vous commencez par l'anonymat et au fur et à mesure, si les circonstances l'exigent, il y a une rupture de l'anonymat.

Marie-Odile Dufour/ Tout à fait.

Françoise Bargerio/ Pour prolonger les propos de Madame Dufour, je dirai qu'il y a des moments où on a des codes entre nous. Quand le médecin dit « je pense ça, compte tenu de la problématique autour de la maladie, point », il pense ça, il sait ça, mais nous, on ne cherche pas plus loin. On respecte, on sent, on a des codes. Le médecin va respecter ce qu'il a à respecter, le travailleur social va respecter ce qu'il a à respecter. L'élu n'est pas forcément présent au groupe de veille.

Marie-Odile Dufour/ J'ai un directeur de la santé qui est beaucoup plus compétent que moi sur certaines questions, qui est médecin. Donc, pas de problème. Il ne faut pas non plus que les élus soient partout, il faut être là quand c'est nécessaire. Parfois, c'est difficile de savoir apprécier, mais il faut avoir la simplicité d'accepter de ne pas être là, et parfois, avoir l'audace, le courage d'être présent, même si c'est très difficile. C'est très difficile quand vous avez quelqu'un qui sait que vous allez signer pour l'enfermer, parce que c'est quand même ça : il vous demande de ne pas le faire, mais vous, vous avez bien réfléchi, en votre âme et conscience, et vous allez le faire, c'est très dur. Il m'arrive souvent d'avoir des personnes en hospitalisation à l'hôpital des Mûrets, parce qu'elles y ont été amenées sous la contrainte, qui demandent une autorisation de sortie pour venir me voir. Quand elles arrivent dans mon bureau, c'est pour me dire : Vous avez signé, maintenant, vous allez « dé-signer » en quelque sorte parce que je veux sortir. Alors, je leur explique, pourquoi, comment, tranquillement. Je ne suis pas psychiatre, j'ai toujours peur de dire le mot qui ne faut pas, d'avoir le regard qui ne convient pas. Il y a à peu près deux mois, une dame est venue, je lui ai expliqué, elle avait l'air rassuré, je lui ai expliqué que c'était pour son bien, qu'il fallait qu'elle accepte d'être soignée. Elle est repartie tranquillement. J'étais un peu soulagée, je ne savais pas si elle allait s'exciter ou pas dans mon bureau. Trois semaines après, elle est revenue. Je me suis dit : « bon, il faut que je recommence, tant pis, ce n'est pas grave, c'est mon boulot d'élu de parler, d'expliquer ». Il y avait avec elle quelqu'un qui était aussi hospitalisé sous contrainte dans le même hôpital, et en fait, elle voulait que j'explique à cette personne ce que je lui avais expliqué à elle. C'est aussi ça le travail d'un élu.

Serge Kannas/ Dernière question, puis on va passer la parole au docteur Lefèvre. Dans l'exemple que vous donnez de Martine, c'est une situation extrêmement difficile où finalement il y a eu une mise en cohérence, une préparation de l'hospitalisation sous contrainte, et une mise en œuvre de la façon la moins inhumaine possible. Dans votre expérience longitudinale, vous avez l'impression que votre travail a plutôt contribué à réaliser des hospitalisations sous contrainte de ce type, c'est à dire de la façon la plus cohérente et la plus humaine possible, ou avez-vous simultanément évité des hospitalisations et des hospitalisations sous contrainte ?

Marie-Odile Dufour/ Effectivement, on tenait absolument à ce que ça se passe le mieux possible. On tient toujours à ce que ça se passe le plus calmement et le plus dignement possible. Je pense que vous avez tous retenu dans le propos de Madame Bargerio que Martine est non voyante. C'était une difficulté supplémentaire. Les policiers ont été remarquables de douceur. Effectivement, notre but est d'arriver avec ce dispositif à éviter le plus possible d'avoir des

hospitalisations sous contrainte. Il y a certaines fois où nous avons évité l'hospitalisation : la personne a accepté des soins, avec un travail, et souvent aussi avec la famille. Mais c'est vrai que je ne les ai pas comptabilisés.

Serge Kannas/ Mais ça existe.

Marie-Odile Dufour/ Oui.

Serge Kannas/ D'accord. Merci. La parole est au Docteur Lefèvre. On va changer de département, mais on va rester en Ile de France, avec Evry, c'est ça ?

**« La cellule d'alerte de la ville d'Evry »
Philippe Lefèvre, médecin coordinateur du centre de santé**

Philippe Lefèvre/ Oui, bonjour. Je suis médecin généraliste et psychothérapeute dans un centre de santé à Evry, dans l'Essonne (50 000 habitants). Evry est une ville jeune, la plus jeune de l'Essonne, je crois même d'Ile de France. On a 1 500 personnes au RMI et dans ces 1500 personnes, 500 personnes pour lesquelles la notion d'insertion n'a pas vraiment de sens étant donné que les problèmes psychiatriques, sociaux et médicaux sont tellement imbriqués que personne ne sait comment les résoudre. Sur le contexte psychiatrique, il y a eu cette augmentation des urgences d'une part et des hospitalisations sous contrainte d'autre part, c'est aussi parce qu'on a ouvert les hôpitaux et que les secteurs n'ont pas eu les moyens – et ils ne les ont toujours pas – en tout cas, pas le secteur 13 dont Evry dépend, pour pouvoir assurer un suivi à domicile correct.

Le Docteur Galopin est président du réseau de santé mentale ; je coordonne quant à moi à la fois la cellule d'alerte et le réseau de santé mentale et je lui ai demandé pourquoi ce n'est pas le secteur psychiatrique qui coordonne. C'est intéressant de se poser la question à un médecin de la ville. En fait, le Docteur Galopin et d'autres professionnels du secteur pensent que c'est important que ce ne soit pas quelqu'un du secteur, pour bien montrer qu'il y a un besoin de coordination entre le secteur social, médical et psychiatrique. Pour faire un historique rapide, je dirais que le centre de santé a une origine un peu différente des autres : il a été créé à la demande des habitants et l'on doit faire partie des rares médecins à avoir été choisis par les habitants, ce qui peut influencer. L'atelier santé ville, qui ne portait pas encore ce nom-là puisque ça n'existait pas encore en 1995, avait déjà 3 commissions en son sein, dont une commission santé mentale à l'origine de la cellule d'alerte. Plusieurs rencontres avaient mobilisé 150 acteurs de la ville et en 1998, est née la cellule d'alerte, qui ne s'identifie pas complètement avec le dispositif actuel, affiné depuis. En 2003, on a travaillé avec le secteur psychiatrique, avec l'hôpital, avec le 15 : on a parlé des problèmes de transports avec les pompiers, afin de mettre en place des procédures.

Le réseau santé mentale lui-même a redémarré en 2003. La cellule d'alerte est un dispositif assez proche mais un peu différent. Il ne fonctionne pas de façon anonyme, puisque c'est seulement pour les hospitalisations sous contrainte. C'est un dispositif municipal qui est validé par le Conseil Municipal. Ce dispositif qui est né Evry a été reproduit à Courcouronnes, non loin d'Evry. Il a été repris par Lunéville ; il y a 150 villes qui ont utilisé ce dispositif par la suite. C'est pour

cela également que l'UNAFAM est présente, puisqu'il y a des sollicitations de plus en plus de villes pour essayer de mettre en place des dispositifs équivalents.

La santé mentale :

Un problème de santé publique majeur

Un état alarmant

- Le suicide : 2ème cause de mortalité chez les jeunes de 16 à 25 ans et la 1^{ère} chez les 35 à 55 ans
- 20% de la population en Ile de France souffrent de troubles mentaux
- Parmi les SDF: 10% de schizophrènes (contre 1% en général) ; 30% des personnes de la rue sont atteints de pathologie mentale
- **Accroissement important des hospitalisations sans consentement :**
 - De 20% à 40% des hospitalisations psychiatriques

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

1

Des moyens très insuffisants

Les troubles psychiatriques en Europe :

- 20% des affections
- mais seulement 5.8% des dépenses de santé
- Baisse du nombre de psychiatres qui va croissante (13.380 en 2004, 7850 prévus en 2020)
- Fermeture de 113.000 lits d'hospitalisation psychiatrique entre 1970 et 1995

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

3

Historique du Réseau Santé Mentale

- 1981 : centre de santé des Epinettes
- 1995 : Atelier Santé Ville avec 3 commissions (Accès aux soins, Alcool, Santé mentale)
- 1998 : 1er cycle de Rencontres interprofessionnelles autour du mal être
- 1999 : 2ème Rencontre, sur «faut-il créer un lieu d'écoute pour les adolescents ?»
- 1998/2000 : cellule d'alerte, reprise en 2003
- 2003 : Réseau Santé Mentale d'Evry

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

4

La cellule d'alerte

1. Ses Objectifs

- Evaluer la pertinence et l'opportunité d'hospitalisation sans consentement
- Décider du type d'hospitalisation sans consentement (HO, HDT)
- Coordonner les interventions en cas d'hospitalisation

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

7

La cellule d'alerte a trois objectifs:

- d'une part, évaluer la pertinence et l'opportunité de l'hospitalisation sans consentement, et comme à Champigny, notre premier effort est d'éviter l'hospitalisation sous contrainte. La cellule d'alerte a énormément diminué les hospitalisations d'office.
- d'autre part, rendre l'hospitalisation sans consentement faisable. Tous les partenaires disaient que c'était de plus en plus difficile de pouvoir la réaliser, et pas seulement pour des questions de transports. Je me

rappelle que le CMP avait eu une patiente qui avait donné un certain nombre de coups de couteau à son concubin, qui avait été hospitalisé, et qui avait agressé une autre patiente à l'intérieur du CMP. Il y a eu une demande d'hospitalisation mais la police a reçu la personne et l'a trouvé apparemment saine d'esprit. Le concubin, par peur de sa concubine, avait retiré sa plainte. La personne est ressortie libre. C'est un exemple parmi d'autres. Depuis, ça c'est un peu modifié, puisque l'intérêt de ce dispositif est que les décisions sont prises de façon collégiale. Mais on est à la limite du niveau légal, d'où l'importance qu'il y ait une validation du Conseil municipal de ce dispositif.

- Le troisième objectif est de coordonner les interventions. Souvent, il y a besoin, si c'est au domicile de la personne, qu'il y ait à la fois la police, le médecin et le transporteur. J'ai le souvenir qu'auparavant, sans ce dispositif, on avait de plus en plus de difficultés à réaliser une hospitalisation contrainte.

La demande d'hospitalisation concerne des personnes adultes habitant Evry, parce que le secteur de la police municipale ne peut pas intervenir ailleurs. Il faut « des troubles psychiatriques avérés » et un « refus des soins ». Quand on dit cela, c'est seulement dans le cas de personnes délirantes – on n'a pas eu un seul cas chez des personnes non délirantes – avec des troubles du comportement mettant en danger autrui ou elles-mêmes mais on l'a vu tout à l'heure, il y a toujours des ambiguïtés possibles. Il est clair que si ce sont des personnes qui n'ont pas été vues, on va à chaque fois essayer d'obtenir des soins. La cellule d'alerte permet de ne pas faire de l'hospitalisation sous contrainte la seule façon d'accéder aux soins, ce qui était le cas auparavant.

Il faut enfin savoir que de ce dispositif sont exclues les interventions immédiates en cas de trouble avéré de l'ordre public où là, la procédure reste la filière habituelle avec intervention de l'officier de police judiciaire.

Composition de la cellule d'alerte

- **Des membres permanents :**
 - Le Directeur des Solidarités et de la Santé
 - Un responsable du service social de la Mairie
 - Le Responsable de la Police Municipale
 - Le psychiatre responsable du CMP
 - Le psychiatre responsable de Diapsy 91
 - Le médecin coordinateur de la cellule d'alerte et du Réseau
- **Des membres associés :**
 - Des professionnels connaissant la personne concernée

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

9

Ce qui est spécifique je crois en Ile de France, c'est que le Maire peut déléguer au responsable de la police municipale l'arrêté du Maire. Ca rend un peu plus fonctionnel et rapide le dispositif. Il n'y a pas de présence d'élus, puisque là, c'est le responsable de la police municipale qui se charge de l'arrêté. Le psychiatre responsable du CMP, le psychiatre responsable du Diapsy 91, forment une équipe mobile qui intervient sur l'ensemble du département de l'Essonne et qui permet d'aller à domicile. Il est vrai que c'est un dispositif qui n'existe pas dans tous les départements et qui est un atout important pour éviter les hospitalisations sous contrainte et faire le lien avec le CMP notamment.

Concernant les membres associés, on peut faire venir à la cellule d'alerte, en cas de besoin, des personnes assujetties au secret professionnel : ça peut être une assistante sociale chargée du suivi du RMI, de la maison de la solidarité ou d'autres professionnels. Ces professionnels ne viennent que pour la personne concernée mais souvent, ce n'est pas forcément utile car le dossier est déjà instruit auparavant. On essaye en effet dans un premier temps de savoir s'il est pertinent de réunir cette cellule d'alerte, d'essayer d'avoir le maximum d'éléments associés.

Fonctionnement de la cellule d'alerte

- Se réunit en Mairie (généralement le mardi à 12h30)
- Etudie toutes les possibilités de soins avant HSC
- **Evalue la pertinence d'une HO ou d'une HDT**
- **Programme et coordonne les modalités d'intervention :**
 - Élaboration du certificat médical circonstancié
 - Arrêté du Maire
 - Transport
 - Accueil aux Urgences de l'hôpital
- Compte-rendu selon grille prédéfinie

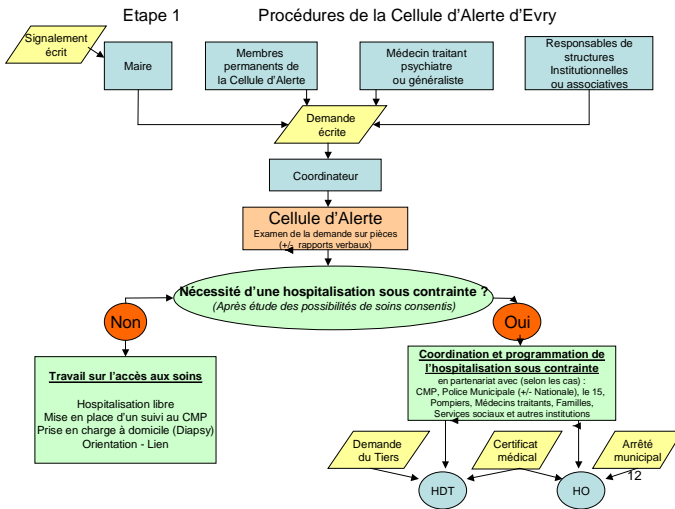
22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

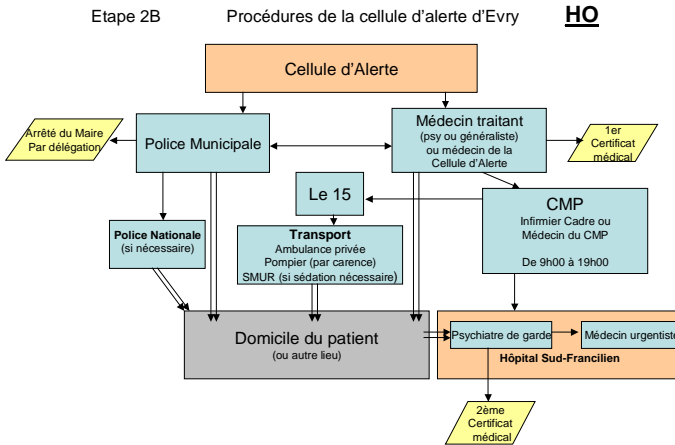
10

La cellule d'alerte se réunit en Mairie le mardi, ce qui ne veut pas dire qu'elle se réunit tous les mardis (environ 2 fois par mois en moyenne). C'est important que les différents professionnels qui siègent à cette cellule d'alerte lui donnent toujours la priorité ; ils peuvent même venir du jour au lendemain si on leur demande, ils le savent. Ce n'est possible que parce qu'on s'est fixé ce jour-là, ce créneau-là. On étudie toutes les possibilités de soin avant une hospitalisation sous contrainte. Ensuite, on évalue la pertinence entre une HO et une HDT et ensuite on coordonne les modalités d'intervention. Il faut alors qu'il y ait un certificat médical – il faut toujours 3 certificats médicaux, que ce soit HO ou HDT, on va y revenir. On établit systématiquement un compte rendu qui permet de donner une suite à cette cellule d'alerte car c'est important que les différentes personnes disposent des décisions qui ont été prises. Le compte-rendu rappelle l'auteur de la demande, quelques éléments sur la situation, les décisions prises par la cellule d'alerte et le suivi mis en place.

La procédure peut être sollicitée soit par un signalement écrit auprès du maire, soit par une demande écrite ou une intervention directe auprès du coordinateur. Ce sont les deux cas les plus habituels. Sinon, ce sont les membres permanents qui peuvent alerter la cellule: le CMP, le Diapsy, les responsables institutionnels ou sociaux.



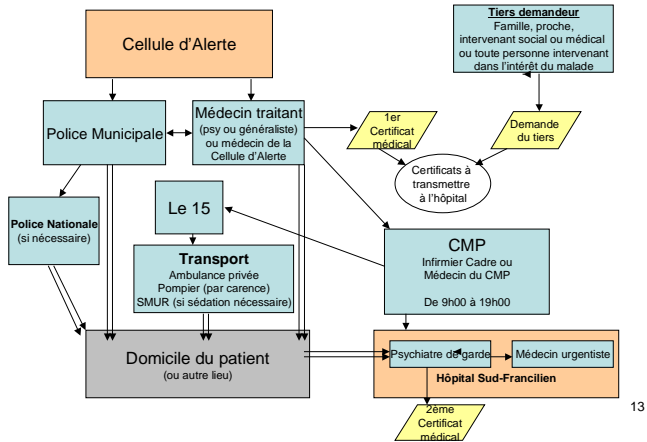
Lorsque la cellule d'alerte se réunit et conclue à la possibilité d'éviter l'hospitalisation sous contrainte - à gauche, sur le schéma, c'est marqué « non » sur la nécessité de l'hospitalisation sous contrainte - on travaille sur l'accès aux soins, soit par une hospitalisation libre, soit par la mise en place d'un suivi au CMP lorsqu'il s'agit d'une rupture de soins ou par une intervention à domicile par le Diapsy. A ce niveau-là, on travaille sur les orientations et les liens. Sinon, s'il y a besoin d'une hospitalisation sous contrainte, on va intervenir dans le cadre de l'HO.



En jaune sur le schéma ci-dessus, il y a les deux certificats dans le cadre de l'arrêté du Maire par délégation de la police municipale. Le 1^{er} certificat médical, c'est le médecin traitant qui le signe. Quand il n'y en a pas, on est deux, le médecin du Diapsy, qui peut y aller ou moi. Plus des ¾ des certificats sont faits par nous deux car, soit il n'y a pas de médecin traitant, soit les médecins traitants sont réticents, et ils le sont de plus en plus pour faire ces hospitalisations sous contrainte. Généralement, ils le font plutôt pour une HDT, et plutôt quand la personne est déjà leur patient. Quand c'est un médecin de famille, il n'ose pas, c'est compliqué. Effectivement, l'un des problèmes, c'est aussi de pouvoir obtenir un médecin qui se mobilise.

Au niveau du domicile du patient, il y a les 3 interventions : la police municipale, parfois assistée par la police nationale quand la situation semble très difficile pour la sécurité –la police, qui n'intervenait que pour les HO auparavant, intervient aujourd'hui aussi bien pour les HO que pour les HDT – dont la mission est de sécuriser l'intervention, ce qui permet aussi au médecin d'être présent. Le problème, c'est que normalement, sur le plan déontologique et légal, la police ne peut venir qu'avec un arrêté du maire, qui ne peut se faire que par un certificat médical⁴, et le certificat médical peut rarement être fait par le médecin si la police n'est pas là pour sécuriser l'intervention. Je schématise un peu. Si on ajoute au problème de la faisabilité, le problème des transports, ça devient parfois kafkaïen. Ce sont des procédures qui ont été signées par tous les partenaires, élaborées ensemble, aussi bien le CMP, l'hôpital, le 15 – ce ne sont plus les ambulances qui assurent la régulation du transport– qui va éventuellement venir s'il y a besoin de sédation et d'un véhicule et des personnes du SAMU, les pompiers ou une ambulance. Donc, la police, le transporteur et le médecin traitant ou le médecin qui fait le certificat sont présents dans le même temps. On synchronise l'intervention. Le CMP est prévenu par téléphone du moment où on va faire cette hospitalisation d'office et prévient en même temps le psychiatre de garde et le médecin interniste. Là aussi, il y avait parfois un problème au niveau de l'hôpital avant, puisque le certificat est fait par le psychiatre, qui, en principe, a besoin pour intervenir que le médecin interniste l'ait vu d'abord. Donc si le psychiatre et le médecin interniste ne sont pas coordonnés, la personne peut attendre des heures à l'hôpital en attendant que l'un et l'autre soient disponibles. Donc, le fait que l'un et l'autre soient prévenus avant l'hospitalisation permet de faciliter l'intervention, même si c'est plus facile à certaines heures qu'à d'autres.

⁴ En réalité, l'arrêté du maire peut se fonder sur la notoriété publique (Cf. l'article 3213-2 du code de la santé publique). Ici, la cellule d'alerte d'Evry est un dispositif local qui rend le certificat médical obligatoire pour l'arrêté du maire mais la loi ne l'impose pas.



13

Dans le cadre de l'HDT, il y a 3 documents nécessaires : le certificat du médecin ou du psychiatre, à la place de l'arrêté du Maire, la demande du tiers et le second certificat du psychiatre de garde. C'est la même chose au niveau de l'intervention : on retrouve toujours la police, le transporteur et le médecin pour faire l'intervention au domicile. Quand je dis à domicile, ça peut très bien être ailleurs pour les HO, dans la gare, dans la rue, etc. Au niveau des certificats, c'est là où il faut se mettre d'accord avant. La police municipale fait souvent l'arrêté après son intervention, puisqu'elle a besoin du certificat médical et que le certificat médical est fait au domicile, donc lors de l'intervention. Tout se fait dans le même temps. Le certificat de la demande du tiers va être fait à domicile, le tiers est le plus fréquemment un membre de la famille. On l'amène à l'hôpital, et pendant ce temps, pendant qu'une partie de la police va éventuellement sécuriser l'intervention si besoin, il y en a une autre partie qui va rédiger le second certificat quand il y en a besoin.

Bilan d'un an de fonctionnement

- Réunion 17 fois (~ 2 fois par mois)
- 18 personnes concernées, dont 4 femmes, adressées par :
 - Familles (6), CMP (2), MG (1), CDPS (1), voisinage (2), services sociaux (2), Sonacotra (1), DDASS (1), Maire (1), veille éducative (1)
- 8 HO dont 6 décidées par la cellule d'alerte (1 aurait pu être évitée en passant par la cellule d'alerte (15 HO déclenchées par l'UCMJ)
- 2 HDT
- 5 HO évitées par soins psychiatriques ambulatoires.
- A noter :
 - 5 autres situations rapportées sans avoir déclenché de cellule d'alerte (faute de temps ou de lien).
 - Des situations avec des problématiques médicales, sociales et psychiatriques intriquées : rôle d'une veille sanitaire

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

11

Il y a eu 49 situations à examiner, lors de 18 ou 19 réunions. En 2004, c'était une situation par cellule d'alerte, parfois, on arrivait à deux parce qu'on évoquait les situations précédentes. Aujourd'hui, on en est à 2 situations et demi évoquées par cellule d'alerte et à chaque fois, on peut évoquer les suivis. Parmi les situations examinées, cela concerne 28 personnes, dont 9 femmes. La vignette ci-dessus montre la répartition des demandes. L'âge moyen est 44 ans. En fait, il y a 2 pôles : soit aux alentours de la trentaine, soit après la cinquantaine. C'est intéressant de noter qu'il y a eu 2 HO en 2006, et en 2004, il y en a eu 8, donc c'est intéressant de voir que ce dispositif permet en 3 ans d'avoir diminué les HO. Je ne dis pas que ce sera comme ça tous les ans, mais c'est intéressant à observer. Les HDT sont peut-être un tout petit peu plus importantes ; on va aborder le problème pointé par l'UNAFAM tout à l'heure, avec la rupture des soins. Je crois que c'est un vrai problème. On est confronté aujourd'hui à des problèmes de plus en plus imbriqués, cela a été dit. La question est qu'il est très difficile aussi bien pour le secteur psychiatrique que pour le secteur social d'intervenir à cause de cette imbrication des problèmes. C'est aussi ce qui ressort de l'expérience de Champigny. On ne peut vraiment intervenir de façon pertinente que si l'on intervient ensemble.

Analyse et perspectives

- Ce dispositif satisfait l'ensemble des participants, qui viennent régulièrement.
- La coordination peut encore s'améliorer, à tous les niveaux : collecte des informations, transport, accueil à l'hôpital, ...
- Le manque de suivi psychiatrique amène à réitérer des hospitalisations sans consentement
- De plus en plus de problèmes intriqués, médicaux, sociaux et psychiatriques, nécessitant une approche plus globale et coordonnée de l'accès aux soins, au-delà des HSC (veille sanitaire)

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry
p.lefevre@mairie-evry.fr

15

La satisfaction de l'ensemble des participants de la cellule d'alerte est un élément important: aucun des membres permanents n'a jamais manqué une des cellules d'alerte depuis 3 ans. On n'a jamais eu une absence, ni du CMP, ni du Diapsy, ni du secteur social, ni du secteur médical.

Concernant le problème du suivi psychiatrique, on a dit tout à l'heure que les sorties à l'essai pour éviter la rupture des soins ne sont valables qu'un temps. C'est un vrai problème. Alors comment faire ? Même au niveau légal, est-ce qu'on n'a que ça pour obliger les soins alors qu'on sait très bien que les personnes délirantes vont pouvoir rester quelques mois sans traitement mais rechuter, quasiment dans 100% des cas? Pour les personnes qui ont ces affections-là, c'est un vrai problème. A la fois, il s'agit de pouvoir garder sa liberté, mais si la liberté, c'est d'être malade, c'est d'être dangereux pour soi même ou pour autrui, ça pose des questions. Je ne vais pas reprendre le débat de tout à l'heure mais cela veut dire que le problème doit être une préoccupation du réseau de santé mentale dans son ensemble.

On parlait tout à l'heure de pouvoir intervenir en amont. Ce dispositif, la cellule d'alerte, c'est un peu comme celui de l'Interruption Volontaire de Grossesse. On intervient complètement en aval, mais si on ne met pas de la contraception en amont, l'IVG va devenir un mode de contraception. De même, si on n'a que la cellule d'alerte pour répondre au problème de l'accès aux soins, on risque à chaque fois de passer par là. C'est important de travailler en amont. Autant la cellule d'alerte est un dispositif municipal avec une composition assez limitée, autant le réseau, lui, est plus large. Il est de type associatif et aujourd'hui, environ 50 structures sont sollicitées dans le cadre du réseau.

Les acteurs se sentent en difficulté, aussi bien les familles, l'UNAFAM, que les associations, les structures, les médecins libéraux, les enseignants, notamment spécialisés, qui commencent à participer à ce réseau, ou les éducateurs, qui en font aussi partie. Il s'agit à la fois de mieux évaluer les besoins, d'améliorer l'accès aux soins, mais également de former les acteurs.

Les besoins repérés imposent de mieux connaître les structures existantes, pour mieux se reconnaître. Dans les réunions du réseau, on change de structure pour aller à la rencontre d'une autre structure, qui pendant un quart d'heure présente son fonctionnement pour qu'on se connaisse mieux, qu'on travaille ensemble entre la souffrance psychique et la souffrance mentale, qu'on a séparées : la souffrance mentale, c'est quand il y a besoin d'intervenants, de professionnels de la santé mentale. A quel moment tous les acteurs, aussi bien éducatifs, sociaux, médicaux, psychiatriques, sont-ils amenés à prendre en charge la souffrance psychique ? A partir de quel moment faut-il l'intervention de professionnels de la santé mentale ?

Le Réseau Santé Mentale d'Evry

Ses Objectifs :

- Permettre aux différents acteurs médicaux, sociaux et psychiatriques de la santé mentale, de se rencontrer, de se reconnaître
- Mieux évaluer les besoins en santé mentale
- améliorer l'accès aux soins mentaux et le suivi des soins

Les réunions ont permis de **repérer** des besoins :

- **de mieux connaître les structures existantes**
- **de travailler ensemble** la notion de souffrance psychique et de souffrance mentale,
- Pour mieux orienter et mieux accompagner

Le Réseau Santé Mentale d'Evry

- **Trois projets en cours :**
 - **Un annuaire** des ressources locales en santé mentale
 - **Une journée interprofessionnelle** en 2005
 - **La cellule d'alerte**

- **Un projet à l'étude :**
 - Mise en place d'une veille sanitaire**

22/02/2005

P.Lefèvre CMS Evry

6

Les objectifs du réseau santé mentale sont de :

- contribuer à la promotion de la santé mentale et à la prévention des maladies mentales. On a eu la chance d'avoir Prepsy qui était venu à notre réunion sur le dépistage précoce de la schizophrénie. On a beaucoup de travail, de formations et de mises en réseau à faire.

- améliorer l'accès aux soins mentaux et pas simplement en passant par la cellule d'alerte.

- améliorer et coordonner les prises en charge, médicales, psychiatriques, psychologiques, en particulier des personnes cumulant les difficultés de tous ordres. Ca, c'est la mise en place d'un réseau. On attend pour l'instant d'avoir un travail plus structuré sur ces prises en charge. S'il y a 500 personnes à prendre en charge, rien que dans le cadre du RMI, c'est un dispositif qui est lourd à mettre en place.

- informer, aider, soutenir les acteurs du réseau. Là, on a mis en place et on espère avoir des financements, le site internet. L'annuaire en papier est caduc quand il sort. Si on veut qu'il soit intéressant, il faut le mettre sur un site, en sachant que les acteurs participent eux-mêmes au contenu des fiches disponibles, avec des référents spécifiques pour la santé mentale, pour qu'on sache qui joindre. Il est prévu, j'espère qu'on pourra le faire en 2007, que le site soit partagé avec des informations pour le grand public et d'autres plus spécifiques pour les acteurs. Il suffit d'avoir des clés, ce n'est pas très compliqué. C'est la même chose pour les journées d'informations que l'on met en place. On essaye de faire une journée d'étude tous les ans, une avec les professionnels et les acteurs, et une autre ouverte au grand public.

On a mis en place des ateliers d'échanges de pratique. Cette fois-ci, c'est anonyme. Ce sont des groupes de 12 acteurs, avec une animation. Ici, ce n'est pas un travail de synthèse, mais chaque acteur amène une ou deux situations à évoquer par atelier. Cet atelier est volontairement composé de façon hétérogène. Il doit y avoir dans chaque atelier un psychiatre, un médecin, un psychologue, un éducateur, un enseignant, des intervenants sociaux, etc. Ces portes d'entrées multiples sont très enrichissantes car cela permet aussi bien de voir le problème

éducatif, social, que médical, psychologique ou psychiatrique. On a démarré cette année et on en est au troisième atelier. Il se réunit une fois par mois. On voudrait aussi mettre en place des formations plus spécifiques mais on attend le financement.

Sur la seille sanitaire, on souhaite pouvoir répondre en amont, pour pouvoir travailler sur les 500 situations qui ne nécessitent pas forcément d'hospitalisation sous contrainte, mais pour lesquelles les acteurs sont en panne de réponse, étant donné qu'il y a un besoin de réponses multiples.

Merci.

Débat

Serge Kannas/ Merci Docteur Lefèvre. Je voulais juste poser une question avant d'aller vers la salle. J'ai compris qu'à Champigny, l'expérience datait d'une trentaine d'années.

Marie-Odile Dufour/ Non, non, notre expérience est assez récente, disons 5 ans.

Serge Kannas/ Et Evry ?

Philippe Lefèvre/ La cellule d'alerte date de 1998.

Serge Kannas/ Est-ce qu'il y a des questions dans la salle ?

Khemsma Abdi/ Je suis élue à la ville de Romans dans la Drôme. J'ai été très attentive à ce que vous avez dit sur les villes d'Evry et de Champigny. La seule question que je me pose, parce que je suis aussi professionnelle de la santé, vous parlez tous de santé mentale, de psychiatrie, sachant quand même qu'en psychiatrie, il y a de moins en moins de lits, et on a beaucoup de mal à trouver des psychiatres hospitaliers, il y en a de plus en plus de patients. La question que je me pose, je ne sais pas ce qu'on cautionne là, mais il y a un truc qui ne tourne pas rond dans notre société. Il y a de plus en plus de difficultés, il y a de moins en moins de lits de psychiatrie, de moins en moins d'infirmiers, plus d'infirmiers psy, on ne trouve plus de psychiatres. Ça me pose question. Premièrement, pourquoi il y a de plus en plus de gens qui vont mal ? On pourrait se pencher là dessus. C'est un problème de société. Faire des groupes, des ateliers, c'est très bien, c'est bien qu'il y ait des lieux d'écoute pour les gens qui sont vraiment en difficulté, mais ça me questionne. J'ai entendu parler de tout le monde, mais rarement des services de psychiatrie, qui travaillent dans des conditions épouvantables, la plupart du temps s'il n'y a pas une HO, les patients ne sont pas accueillis, parce qu'il n'y a pas de place. Quand c'est en HDT ou en HO, on est obligé de les accueillir. Il faut quand même poser les bonnes questions, surtout qu'il y a beaucoup d'élus, et que ce sont quand même eux qui font les lois quand ils sont au pouvoir.

Serge Kannas/ Est-ce que vous pouvez formuler une question principale ?

Khemsma Abdi/ La question que je me pose, c'est qu'on a quand même des élus qu'on élit pour voter des lois, et jusqu'à présent, on assiste au démantèlement des services de psychiatrie, et plus ça va mal, plus ce sont les malades mentaux

qui trinquent dans nos sociétés. Qu'on fasse des lieux d'écoute dans les mairies, c'est important, nous aussi on a un espace santé et un lieu d'écoute pour les adolescents depuis 1989. Mais à côté de cela, il faudrait peut-être à un moment qu'on donne les moyens aux professionnels. On prend beaucoup de risques en permanence dans les services. J'en profite parce que c'est une journée pour les élus. En tant que citoyens, en tant qu'élus, il faudrait qu'on demande que les choses se modifient pour la psychiatrie, les hôpitaux en général certes et la psychiatrie en particulier.

Serge Kannas/ Donc ce n'est pas tant une question qu'un message.

Marie-Odile Dufour/ Je partage tout à fait le point de vue de ma collègue de Romans dans la Drôme. Effectivement, comme tous les élus ici dans la salle, on finit par s'y habituer, mais les moyens, notamment pour la psychiatrie et la santé mentale, diminuent d'année en année. A Champigny, on a un secteur avec l'hôpital des Murets, et on a un centre de crise de jour, implanté sur une autre ville, qui pendant des années fonctionnait de jour comme de nuit, c'est à dire que quelqu'un qui ne se sentait pas bien, qui était suivi bien sûr par l'hôpital, pouvait téléphoner et il allait passer la nuit dans ce centre. Parfois, le lendemain, il se sentait mieux, il avait parlé ; il y avait toujours une infirmière spécialisée en psychiatrie. Ca a été supprimé. Donc, maintenant, on a des gens qui « pètent les plombs » comme on dit vulgairement, et comme on n'a plus ce centre, les malades n'ont plus la possibilité d'y avoir accès. Effectivement, les moyens sont sans arrêt sacrifiés au niveau de la psychiatrie. Nous, à Champigny, les élus, nous faisons régulièrement des vœux au Conseil Municipal, nous parlons et nous écrivons à toutes les instances nécessaires. Bien sûr qu'on le fait. Mais on sait que ce n'est pas suffisant, qu'il faut peut-être passer à une échelle supérieure.

Elisabeth Bruno/ Je m'appelle Elisabeth Bruno ; je travaille à l'atelier santé ville de Grasse. Je suis ravie de participer à ce congrès. On est venu avec quatre personnes de Grasse : les Restos du Cœur, l'hôpital de Grasse et ma collègue du CCAS. J'ai été ravie de vous entendre. On a mis en place une expérience similaire qu'on a appelée « Les études pluridisciplinaires de situations difficiles », avec une équipe pluridisciplinaire, qui regroupe à la fois des soignants et des travailleurs sociaux, pour étudier des situations qui posaient problème aux travailleurs sociaux ou à tous les acteurs de la commune, intervenants sociaux ou autre, qui posaient un souci dans leur prise en charge. Ce n'était pas tant pour une prise en charge en termes d'hospitalisation d'office ni d'HDT, mais il s'agissait plutôt de dire qu'on est face à une prise en charge qui nous pose souci : comment fait-on, comment règle-t-on le problème, comment peut-on aider la personne à avancer dans sa situation ? Ca a quand même été intéressant pour ce que l'on a noué au niveau du réseau de partenaires, avec la psychiatrie, avec tous les intervenants sociaux. On s'est heurté également à la préoccupation du secret professionnel, du secret partagé. Notre groupe expert, qu'on a intitulé « expert » même si on ne l'est pas, est soumis au secret professionnel de par les professions représentées (uniquement des assistants sociaux, des médecins et des infirmiers psy), en excluant de ce fait certains autres partenaires qui auraient pu y participer. On s'est posé aussi la question de la participation de la personne concernée à ces groupes. On a une grille qu'on a établie quand les partenaires sollicitent une étude de situation, et on a demandé si la personne avait été au moins informée. Moi, ce que j'ai constaté avec deux ans de recul sur ces études, c'est que systématiquement, la personne n'est pas

informée. Alors il faudrait que cette idée chemine. C'était pour faire part de cette expérience, qui a été très riche, dans l'échange entre les services. J'ai une question : vous évoquiez les problèmes de financement tout à l'heure, en disant que vous attendiez des financements, de quels financements parliez vous ? Parce que l'on est un atelier santé ville, financé à ce titre par la DIV, dans le cadre des CUCS, dans le cadre également du PRSP sur d'autres actions, et sur les actions « souffrance psychique ». C'est vrai que ça reste des financements non pérennes et fluctuants. Avez vous d'autres recettes par rapport à cela ? Merci.

Philippe Lefèvre/ Juste avant de parler des financements, il y a quelque chose d'intéressant à noter, je ne sais pas si c'est pareil ailleurs : lorsqu'on a mis en place cette commission santé mentale dans le cadre de l'atelier santé ville, le CMP ne s'était pas mobilisé. C'est par l'intermédiaire de la cellule d'alerte, parce qu'ils en avaient besoin eux-mêmes, qu'ils se sont mobilisés dans le réseau de santé mentale. C'était l'intérêt de partir de quelque chose d'aigu, probablement très en aval, mais au moins, là, tout le monde se sentait très concerné. Pour répondre à la question des financements, on a déposé d'abord trois demandes de financement : le premier dans le cadre de la politique de la ville (la santé n'avait pas été mise au premier plan à ce niveau-là donc ça n'avait pas été accepté), ensuite dans le cadre de la DRDR, Dotation Régionale des Développements en Réseau (ça n'a pas non plus été accepté à ce moment-là, pour des raisons particulières que je ne détaille pas). Le troisième financement a été demandé dans le cadre du PRSP, qui venait de se mettre en place en Ile de France, et là on nous a dit : « on ne fait que maintenir ce pour quoi il y avait des financements et on ne finance rien d'autre ». Dans un premier temps, c'était présenté dans un cadre territorial et on nous a dit qu'il fallait que ce soit le secteur libéral qui le porte, notamment pour les réseaux. Après, on l'a présenté de façon associative et on nous a dit : « Ah non, il faut que ce soit le territoire qui le porte ». C'est pour vous montrer que parfois les questions de financement ne sont pas simples. L'intérêt, c'est qu'aujourd'hui le réseau est co-porté par la DDASS, qui est demandeur, ce qui nous donne un espoir supplémentaire pour obtenir ce financement. Donc on espère.

Serge Kannas/ Madame Dufour, vous voulez répondre à la question des financements ?

Marie-Odile Dufour/ Ce ne sont pas les mêmes problématiques. Quand j'ai parlé des financements, je parlais des financements qui sont alloués au secteur psychiatrique. Ce sont ces financements-là qui sont régulièrement diminués. Notre seul moyen d'élus, effectivement, c'est, comme je l'ai dit tout à l'heure, d'intervenir auprès des pouvoirs publics. Tout à l'heure, ma collègue de Romans a demandé pourquoi il y a autant de gens qui sont concernés. Je crois que tous les élus le savent. Dans une ville comme Champigny, je peux vous assurer que les difficultés de vie de plus en plus grandes que rencontre une grande partie de la population : les difficultés de solitude et le repli sur soi font qu'à un moment, on sort de soi-même et on « pète les plombs ».

Philippe Lefèvre/ Je voudrais juste préciser pour le financement puisque la DDASS nous a dit qu'au niveau de la commission, pour la politique de la ville, ça avait été accepté et qu'ils voulaient l'associer avec le PRSP. Donc ce qu'on a demandé sera réparti entre le cadre de la politique de la ville et le cadre du PRSP.

Mylène Frappas/ Je suis chargée de mission auprès du service de santé publique de la ville de Marseille. Je suis notamment en charge d'une démarche de santé mentale sur la ville auprès de l'élue déléguée à la santé. A notre niveau, nous avons pour l'instant mis en place un conseil d'orientation santé mentale sur la ville de Marseille, et nous sommes en train de réfléchir, de rencontrer l'ensemble des partenaires pour développer ce que nous avons appelé un « réseau d'aide à la décision pour les élus » : la difficulté qui est la nôtre, après avoir entendu les vôtres, c'est celle du nombre d'habitants. Nous travaillons à deux échelles : à la mise en place par le secteur de la ville, mairies d'arrondissement ou arrondissements de réseaux, de collaborations telles que décrites, et au niveau de la ville, d'une cellule d'aide à la décision, où participe l'ensemble des responsables des institutions et où se traitent des cas concrets. La question qui était la mienne concerne un public particulier. Nous avons fait différents travaux sur la ville et nous avons fait un constat : un public reste en souffrance de prise en charge, il s'agit du public polytoxicomane ou du public qui a une consommation abusive d'alcool. Nous avons repéré que lorsque les personnes sont polytoxicomanes ou alcooliques et qu'elles sont en situation de précarité, ni l'hôpital psychiatrique n'accepte une prise en charge, ni les services de soins spécialisés aux toxicomanes, ni les centres d'alcoologie. Autre considération : il n'y a pas de collaboration ou d'articulation entre les trois, c'est un des déficits majeurs sur lequel nous essayons de travailler. Alors la question est : est-ce que vos réseaux intègrent ces acteurs-là et comment arrivent-ils à travailler ensemble ?

Marie-Odile Dufour/ Je peux vous répondre. Sur notre ville, c'est une problématique que nous avons depuis longtemps. Je suis aussi en charge de la toxicomanie. A Champigny, nous avons trois associations qui travaillent dans ce domaine. La première fait de la prévention et nous avons un point écoute. La deuxième s'appelle « Visa 94 », elle fait aussi de la prévention mais de la prévention secondaire. Quand la première n'a pas marché, on met en place la 2^{ème}. Et nous avons une association, qui est un réseau, ce sont des médecins qui soignent les personnes toxicomanes. Il se trouve que le président de cette association est le directeur de la santé de la ville. C'est une association qui travaille avec les médecins libéraux de la ville, qui sont confrontés à ces populations. En plus de ces dispositifs, nous avons un centre méthadone, un centre de post cure ; nous sommes assez bien pourvus pour répondre à ces besoins. Tous ces professionnels travaillent avec l'hôpital des Murets lorsque c'est nécessaire. En ce qui concerne la problématique de l'alcool, nous avons l'hôpital traditionnel, l'hôpital qui n'est pas spécialisé pour la psychiatrie, avec un service spécialisé en alcoologie et une association qui s'appelle JET 94 qui travaille avec des spécialistes de cette problématique. Tous ces professionnels travaillent ensemble et viennent travailler dans nos ateliers santé. Et en ce qui concerne le service de la vulnérabilité, ils ne viennent pas, parce qu'ils travaillent déjà sur toutes ces questions. Donc chez nous, on n'a pas le problème que vous rencontrez. Mais vous avez aussi une ville beaucoup plus grande. Notre dispositif est facilité par la correspondance entre le territoire de la commune de 76 000 habitants et le secteur psychiatrique : nous avons un partenaire au niveau de la psychiatrie, qui dépend d'un seul hôpital. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question.

Guy Gozlan / Si vous le permettez, je vais prendre la parole quelques minutes pour répondre aux questions de la salle. Je me présente très rapidement, je m'appelle Guy Gozlan, je suis psychiatre et directeur d'un réseau de santé mentale qui s'appelle PREPSY que Philippe Lefèvre a bien voulu évoquer tout à l'heure, et je l'en remercie. Je vais faire une intervention tout à l'heure sur ces questions-là. Vous avez parlé des moyens, et Madame, vous parlez des questions que vous vous posez à Marseille. Marseille, c'est une ville que je connais un peu, nous sommes allés implanter un réseau de santé à Marseille qui s'appelle « AG 13 » qui est en cours de passage à la Dotation Régionale aux réseaux. Je voudrais vous expliquer comment on construit ces questions de coordination. Bien sûr nos collègues de Champigny répondaient très justement : nous avons une commune pas à taille humaine, on donc peut collaborer. Pour une grande ville en revanche, ou même pour une ville comme Evry, la question est vraiment sur le projet. Vous devez apprendre à construire le réseau qui va porter les réponses aux questions que vous vous posez, de manière quasi-professionnelle. Et les financements que vous recherchez viendront. Aujourd'hui, on en a la preuve définitive, il y a peut-être deux ou trois ans, on n'était pas sûr, de la capacité que vous auriez à professionnaliser votre réseau, pour que vos interlocuteurs de tutelle, qui sont aussi vos financeurs, acceptent de porter votre projet. C'est très important. Il y a une part de formalisation de vos besoins, mais aussi une part de compréhension d'un environnement extrêmement complexe, vous l'avez tous dit, et vos collègues qui ont parlé avant l'ont tous dit. On peut aller jusqu'à 70 à 80 intervenants différents pour un seul projet ou une seule question qui pourrait être résolue dans un système de réseau. C'est énorme, il faut avoir la capacité de le faire.

Laurent El Ghozi/ Je suis élu à Nanterre. Par rapport à la dernière question de la ville de Marseille, je crois que la question des polytoxicomanies et de l'alcoolisme est un peu une autre question que celle de la santé mentale. Effectivement, il y a des recoupements. C'est aussi une maladie, ça produit également des troubles à l'ordre public. Mais il me semble que le réseau addiction, qui est un réseau à monter, je ne reviens pas sur ce que vient de dire Guy Gozlan, à monter avec professionnalisme, est un réseau un peu différent du réseau de santé mentale. Il y a la mise en place des futures CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), la nouvelle structure qui regroupe les centres de soin spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA): maintenant, ces deux structures ont l'obligation de fusionner, du moins de travailler ensemble, les CSST doivent aussi s'occuper de l'alcool, et les CCAA doivent aussi s'occuper de la toxicomanie. Cette obligation de s'occuper de l'ensemble des addictions, évidemment en lien avec le secteur de la psychiatrie, quand il en a les moyens, surtout si on y adjoint la prise en charge de la réduction des risques par les centres d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques des usagers de drogues (CAARRUD), me paraît de nature à répondre en partie à la question de la polytoxicomanie et de l'alcool. Et puis il y a une autre question qui se pose, et on en revient à la question de la liberté individuelle, qui est celle de l'injonction de soins, laquelle ne peut être décidée, de mon point de vue en tout cas, que par le juge.

Cela me permet de faire la liaison avec ce que disait tout à l'heure Monsieur Azéma, finalement dans cette tension entre obligation de soins, protection de l'ordre public et des personnes et liberté individuelle, qui doit décider ? Nous devrions à la fin de cette journée avoir une position plus claire là-dessus. Est-ce

que c'est le maire ? Au nom de quoi ? Est-ce que c'est le Préfet ? Au nom de quoi ? Ou est-ce que c'est, puisqu'il s'agit d'une question de privation de liberté, l'autorité judiciaire ? J'aimerais bien qu'on arrive à éclaircir cette question : qui est véritablement légitime pour décider qu'on enferme quelqu'un pour son bien ? C'est toujours pour leur bien qu'on enferme les gens, que ce soit en prison ou à l'hôpital, en tous les cas c'est ce que l'on dit. Qui est légitime pour ça ? De mon point de vue, ce n'est pas le maire. Donc quel est, dans cette affaire de santé mentale, le rôle du maire ou des élus qui le représentent ? J'ai le sentiment, à entendre ce qui s'est dit ici, que c'est à la fois de plus en plus complexe, que c'est quantitativement de plus en plus important, et que les moyens, qu'ils soient ceux de l'hôpital public ou ceux des réseaux, ne sont pas forcément là où on les attend, qu'il faut de multiples compétences ; on disait 70 intervenants dans un réseau, ça peut aller jusque là. C'est de plus en plus compliqué, avec de plus en plus d'intervenants. Chacun a des compétences réelles, précises, qu'il faut respecter, mais évidemment limiter, d'où l'obligation, et je ne vois pas comment on pourrait faire autrement dans ce champ, d'instituer des dispositifs partenariaux de plus en plus lourds avec toujours les mêmes questions qui se posent. On parle d'anonymat, mais moi j'aimerais bien qu'on me dise comment on peut parler de Martine qui est mal voyante et qui habite à tel ou tel endroit sans dire qu'elle s'appelle Madame Michu. Je n'en crois pas un mot. On n'est pas dans l'anonymat mais dans la fiction de l'anonymat. Si on veut s'occuper de Martine, évidemment on parle de Madame Michu et tout le monde sait de qui on parle. Sinon, on fait des études de cas et c'est une autre affaire, on ne résout pas la question de personnes en particulier. Avec la question de l'anonymat, il y a la question de la charte de confidentialité. Il y a un autre dispositif qui s'appelle la veille éducative, où l'on retrouve les mêmes questions, avec une flopée d'intervenants pour des enfants en échec scolaire, etc : Comment l'ensemble des intervenants vont-ils s'intéresser à tel enfant et essayer d'apporter des solutions ? Il y a aussi la question annexe des délais d'intervention : est-ce qu'on est dans l'urgence ? dans la prévention ? dans l'accès au soins ? dans la protection des personnes ?

A Evry, Philippe Lefèvre disait que vous vous réunissiez tous les 15 jours ou toutes les semaines. Si une situation arrive le mercredi et que la réunion était programmée pour le mardi, comment faites-vous ? Cette question des délais a été confortée par les interventions de Romans, de Grasse ou de Marseille : on a des dispositifs, qui sont des dispositifs municipaux, sur des compétences qui ne sont pas des compétences municipales. C'est ma conviction, et les exemples qu'on nous présente le montrent : si la ville ne s'implique pas, ça n'existe pas. Comment on dépasse cette contradiction ? Et comment arrive-t-on à quelque chose qui soit contractualisé, sur l'exemple des ateliers santé ville ? Comment sur la question de la santé mentale, donne-t-on une légitimité pour que ce type de dispositifs existe et qu'il ait les moyens de fonctionner ?

Dernier point sur les financements, tu disais, Philippe, qu'on vous renvoyait entre DRDR, dotation régionale pour le développement des réseaux, et PRSP, plan régional de santé publique. Aujourd'hui, dans toutes les régions, se sont mis en place les groupements régionaux de santé publique. Trop peu de villes à mon avis se sont impliquées dans les GRSP, alors que c'est par là que passeront, non seulement les financements, mais surtout la validation, la mise en œuvre, l'expertise, l'évaluation des multiples actions que l'ensemble des villes et des acteurs mettent en place. Nanterre y est, Evry y est, pour ce qui est de l'Ile de France, ainsi qu'Aubervilliers et Argenteuil, donc 4 villes en Ile de France mais il y a 1291 communes en Ile de France ! Quatre villes ont souhaité participer aux

GRSP ! C'est scandaleusement peu. On ne peut pas dire que la santé nous intéresse et avoir seulement 4 villes qui ont envie de participer aux GRSP. Et pour les départements, c'est 3 départements sur 8. Dans un premier temps, le GRSP Ile de France a dit qu'il ne reprendrait que les financements structurels, mais il y a l'appel à projets. Je le dis pour les Franciliens, l'appel à projet est en ligne depuis la semaine dernière, sur lequel il y a des financements et je pense que ce que vous faites devrait pouvoir en bénéficier. Je finis en disant à toutes les villes qui ont mis en place des cellules d'alerte, des cellules de veille, qu'elles nous les envoient. On fera des actes de cette journée évidemment et on pourra y joindre le descriptif des dispositifs que vous avez pu mettre en place. Ca s'adresse en particulier aux intervenants, on peut également mettre en ligne sur le site le descriptif des dispositifs. Je pense également que « Elus, Santé Publique & Territoires » peut aussi se poser la question de la validation, de l'évaluation, de l'expertise sur ces différents dispositifs. Donc n'hésitez pas à nous les envoyer. Merci.

Isabelle Chabin Gibert/ Je suis médecin de santé publique à la mairie de St Denis. Je voudrais en savoir un peu plus s'il vous plaît sur la composition précise de votre cellule de veille à Champigny. Ensuite, à propos des deux cellules à Champigny et à Evry, je voudrais savoir si elles reposent sur un statut juridique particulier qui permet de mieux cadrer ce partage d'informations médicales, puisqu'elles rassemblent des partenaires d'institutions diverses ? Merci.

Françoise Bargeró/ Non, pour l'instant, on est encore nouveau, on va réfléchir davantage. En tout cas, la cellule de veille est composée du secteur psychiatrique, d'un des membres du service social départemental, d'une assistante sociale en général, parfois d'un des membres de l'UDAF quand il y a un tuteur. C'est une petite cellule. Il y a le directeur de la santé à la ville et moi je suis là, parce qu'il y a souvent des signalements qui arrivent de partout. Au fond, au plan local et communal, je suis devenue la référente en la matière. Par exemple, des pompiers qui font une intervention la nuit passent un message au gardien de nuit, et le lendemain matin, je l'ai sur mon bureau et il se passe des choses à partir de là. J'ai eu par exemple des sapeurs pompiers qui étaient allés dans une grande cité où ils avaient trouvé un état de pauvreté total. Dès le lendemain matin, j'ai regardé un peu ce qui se passait, j'ai téléphoné au centre social départemental, il y avait des prises en charges adaptées. Il n'empêche que les pompiers avaient dit « je ne laisserais pas ça comme ça ». Ca arrive au gardien qui garde les locaux de la ville pendant que tout le monde dort. Et le lendemain matin, j'ai le message. C'est vrai qu'on a créé, modestement avec les moyens du bord – Champigny n'est pas une ville riche, je vous le dis en passant – un travail commun, tous ensemble, chacun étant responsable de ce qu'il doit faire. Ceci dit, pour répondre aux interrogations de l'élue de Romans, vous avez raison, ce qui se passe actuellement est très dur, et il faut défendre très fortement le service public.

Marie-Odile Dufour/ Je voudrais prolonger ce que vient de dire Madame Bargeró sur notre cellule de crise. Moi, je ne voudrais pas qu'on complique trop ce dispositif qui fonctionne très bien pour le moment. Je pense que ce n'est pas nécessaire. Madame Bargeró vous le disait, on est simple à Champigny, on fait des choses simples, ça marche bien et ça me suffit tout à fait.

Philippe Lefèvre/ Pour revenir à ce que disait Laurent El Ghazi sur la légitimité municipale, je crois que c'est intéressant que le secteur psychiatrique en premier reconnaisse cette légitimité pour coordonner la cellule d'alerte, voire la politique locale de santé mentale. C'est quelque chose de très récent de se dire, parce qu'on manque de moyens, que le problème de la santé mentale dépasse le seul fait de la structure professionnelle de la santé mentale. C'est quelque chose de très nouveau, de révolutionnaire dans les mentalités. Ce n'est pas que ça n'ait jamais eu lieu, mais je crois que c'est vraiment nouveau. Sur le délai d'intervention, pour répondre à l'autre question, nous n'intervenons pas dans l'urgence, il y a déjà un dispositif pour l'urgence, par l'intermédiaire de l'OPJ si jamais il y a besoin. Par contre, si la situation a déjà été évoquée en cellule d'alerte, et que ce n'est pas le moment de l'hospitalisation, on peut intervenir le jour même ou le lendemain, à partir du moment où on a déjà instruit le dossier, mais on ne veut pas intervenir en urgence sans avoir instruit le dossier. On s'est fait une fois manipulé par un élu pour un trouble soit disant à l'ordre public, et ça, on ne le veut pas. La cellule d'alerte perd de son sens si on ne peut pas travailler sur le contenu et sur des alternatives possibles. Concernant le statut juridique, pour la cellule d'alerte, il nous semble important, d'autant plus que nous sommes à la limite de la légalité, qu'il y ait une validation par le conseil municipal : ça ne donne pas un statut juridique, mais une légitimité à cette cellule d'alerte et aux différents intervenants, notamment la police municipale.

Sylvie Pujol/ Bonjour. Je suis Sylvie Pujol du Réseau Santé Béziers Méditerranée. Je voulais intervenir parce que nous sommes à Béziers à la croisée des chemins de beaucoup d'entre vous, avec l'expérience d'un réseau qui fonctionne depuis le début des années 1990 après l'instruction dans le contrat de ville d'un volet santé dès le démarrage. La naissance de ce réseau a été portée par la ville, par la direction du service communal de santé publique pendant des années. La mise en place de la communauté d'agglomération a fait basculer le réseau de santé, puisqu'il était financé dans le cadre de la politique de la ville, dans une mission d'agglomération, alors que la santé publique n'a pas basculé, pour des raisons de délégation de signatures et d'un certain nombre de choses qui ne pouvaient se faire avec plusieurs mairies dans le cadre de la communauté d'agglomération. Au démarrage, comme le disait Madame Dufour, la réussite dépend des personnalités, mais quand on veut que les choses perdurent, au-delà des personnes qui sont mutées, qui s'en vont à la retraite, qui changent, au-delà des élections, des changements de municipalité. Très tôt à Béziers, nous avons signé une charte, qui peut être signée par les personnes, les institutions et les administrations ; elle a été signée par la ville en Conseil municipal, ce qui était quand même quelque chose qui donnait du poids. Mais on se rend compte sur le terrain que ce n'est pas si simple que ça. Moi, j'anime au sein du réseau une commission sur les situations complexes, qui ressemble fort à ce qui se fait à Grasse, autour de situations non anonymes qui posent problème à plusieurs intervenants et on rappelle à chaque fois que tout le monde est lié, dans cette commission, non pas au secret professionnel mais par un secret qu'il accepte de garantir dans cette réunion-là. Malgré tout, c'est difficile, parce que nous avons par exemple des personnes qui interviennent sur le service médiation/prévention, qui dépendent comme le réseau de la politique de ville, plutôt sur le volet CLSPD (prévention délinquance) : on est toujours très vigilant sur ce qui peut s'échanger, étant donné qu'il peut y avoir des dérapages très rapides, puisque si on ne trouve pas une solution dans le cadre de la commission, ça peut être la justice derrière qui intervient très rapidement, et on

aura permis cela. J'anime aussi une commission qui travaille sur l'accès aux soins qui cette année a choisi de prendre en compte la prise en charge de la santé mentale, et on se dirige vers quelque chose qui ressemble à ce qui se fait à Evry. Mais je tiens à rappeler cette vigilance nécessaire, parce que j'ai vu dans mes recherches qu'il existait d'autres réseaux où il n'y avait rien d'écrit, ça veut dire qu'on peut facilement déraiper vers une prise en charge « à la tête du client », veuillez excuser l'expression, sans aucune garantie sur ce qui est préservé, ce qui me fait un peu peur. Donc, pour l'instant, j'observe beaucoup ce qui se fait ailleurs, mais comme on voit des élus avec des visions très différentes, il me semble qu'il faut des garanties quelque part.

Daniel Maurines/ UNAFAM. Je voudrais vous faire part d'une expérience du Gard sur Alès. On a remarqué que nos malades font des voyages pathologiques pour 90 à 95%, ils sont « ramassés » dans la rue, par la police, la gendarmerie pour les campagnes, la SCNF également. Sur Alès, on a donc fait une table ronde. Il y avait la police, la gendarmerie, le procureur de la République, un représentant de la Mairie, l'hôpital psychiatrique, et on s'est dit : « qu'est-ce qu'on fait ? ». Tout le monde a remarqué qu'on était pratiquement dans l'illégalité, parce qu'il n'y avait pas les papiers qu'il fallait –et vous l'avez bien décrit dans vos schémas- mais tout le monde était d'accord pour aller au secours de la personne concernée. Il y a des lois qu'il faut les respecter, mais tout le monde est en porte à faux au moment de l'exécution. Je voulais aussi vous parler des GEM, des groupes d'entraide mutuelle.

Marie-Louise Classe/ Je suis présidente déléguée de l'UNAFAM Drôme. Je me permets de revenir un peu en arrière. Je me dis que les villes de Champigny et d'Evry ont vraiment beaucoup de chance d'être arrivées à ces résultats-là. Nous, à la suite de l'assassinat d'une adhérente de Romans par son fils qui refusait les soins, on a écrit au Préfet et à la DDASS pour demander la tenue d'une table ronde, qui va se faire. Mais je me rends compte qu'on s'est peut-être trompé de cible parce qu'on s'est adressé au niveau du département et peut-être que les villes ont une certaine responsabilité là-dedans. Enfin, cette table ronde va quand même avoir lieu, avec les directeurs des deux hôpitaux, les psychiatres chefs de service, les représentants au CA des hôpitaux. Je me demande comment il faut faire pour revenir au niveau de la ville parce que c'est peut-être la ville la plus légitime ?

Marie-Odile Dufour/ Ca m'est difficile de vous répondre parce que je ne connais pas toute l'histoire...

Marie-Louise Classe/ Il y a des problèmes dans la Drôme du point de vue psychiatrique et c'est la ville de Romans qui est en cause, entre autres.

Philippe Lefèvre/ En attendant les réponses, je voudrais juste dire que l'intérêt est également que les réseaux soient reliés les uns aux autres. Par rapport à Béziers par exemple, nous avons repris les fiches de l'annuaire de Béziers qui nous paraissaient intéressantes. Les gens d'Aubervilliers doivent venir à Evry, etc. On est déjà en lien avec beaucoup de réseaux, c'est très important.

Catherine Richard/ Catherine Richard, de la Délégation Interministérielle à la Ville. Je crois que l'initiative de se réunir au niveau départemental est une bonne

initiative : c'est un bon niveau pour rassembler le maximum d'acteurs, les hôpitaux, d'autres élus des villes en question, même si l'événement se passe dans un lieu particulier. Par contre, pour l'opérationnalité, il faut qu'il y ait des élus, et même des maires, pour une opérationnalité au niveau de la commune. Vous pourrez retrouver les autres niveaux plus tard.

Corinne Lambert/ Je suis Corinne Lambert, chargée de projet à la mission santé publique de Nantes. On parle de la ville depuis un certain temps, mais à Nantes, c'est la ville qui pilote le réseau santé mentale et qui est à l'initiative de la cellule de veille, qu'on appelle « point de secteur », c'est moi qui reçois tous les signalements et qui vais ensuite sur le terrain avec les partenaires pour évaluer la situation. Ma mission, c'est l'accès aux soins. Il y a quand même des villes qui se mobilisent.

Seconde table ronde

Pour une prévention en santé mentale : les dispositifs de concertation

Débat animé par Guy Gozlan, psychiatre, directeur médical du réseau PREPSY

« La santé mentale dans l'atelier santé ville d'Aubervilliers »

Pilar Giraux, psychiatre, médecin de santé publique

Guillaume Kammer, psychiatre de secteur

Guy Gozlan/ Je voudrais vous présenter Pilar Giraux et Guillaume Kammer, qui sont praticiens hospitaliers à Aubervilliers et vont nous faire part de leur expérience.

Pilar Giraux/ Je vais vous présenter le volet santé mentale de l'atelier santé ville d'Aubervilliers. Aubervilliers est une ancienne ville ouvrière, et la population, de 60 000 habitants, est plutôt jeune : 25% a moins de 20 ans, le taux de chômage est de 23%, il y a un faible niveau de scolarisation et de formation puisque 51% des chômeurs n'ont aucune formation ou très peu. Aubervilliers se trouve sur 1297 communes au 1287^{ème} rang pour le revenu par habitant.

Aubervilliers, une ancienne ville ouvrière



Objectifs de l'ASV

- *Identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;*
- *Faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux ;*
- *Diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ;*
- *Rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;*
- *Développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (...) et d'autre part, favoriser la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaires et sociaux concernés par ces programmes.*

Note conjointe DIV/DGS du 13 juin 2000

A Aubervilliers, les ateliers santé ville sont réalisés par le service communal d'hygiène et de santé, où je travaille. Le premier atelier santé ville date de 2001. Un autre médecin, qui est un médecin de santé publique, Fabienne Béjanin avait réuni les professionnels en 2001 pour essayer de savoir ce qu'on pouvait faire avec cette nouvelle démarche, et ce que les professionnels ont demandé haut et fort, c'était de travailler sur la santé mentale. Pourquoi la santé mentale ? Parce qu'il y avait des difficultés par rapport au public : ils disaient qu'il fallait relier les conditions de précarité et les difficultés qui se présentaient sous la forme de la souffrance psychique, l'isolement, les comportements à risque, le sentiment de désespoir, la culpabilité. On le voyait surtout dans certains groupes de population, notamment les personnes en situation d'exil, qui ne trouvaient pas un cadre prenant en compte les codes culturels du pays duquel ils venaient, notamment les sans papiers, qui se trouvaient dans des situations de difficulté extrême. Les situations de souffrance se retrouvaient aussi chez les adolescents, en situation d'incertitude par rapport à leur avenir, chez les personnes âgées, chez les personnes qui souffraient d'un handicap et n'avaient pas le soutien suffisant et chez les personnes isolées avec enfants.

Concernant les difficultés des professionnels, on pouvait les résumer par l'absence de vision partagée sur la manière de travailler autour de ces phénomènes-là, parce que les représentations autour de la santé mentale étaient très hétérogènes et même parfois contradictoires. L'intervention était perçue comme très difficile, très compliquée, ou centrée sur les soins, notamment sur les médicaments. Il y avait également un sentiment de dépassement, de frustration, d'impuissance. Les professionnels se sentaient parfois en danger parce que quelqu'un pouvait péter les plombs au service social, ou parce qu'ils ne savaient pas très bien comment allait réagir la personne si on lui disait qu'on ne voyait pas très bien la solution, et que la recherche d'emploi n'était pas encore une priorité. Toutes ces difficultés faisaient que les professionnels ne

savaient pas très bien qui devait faire quoi, qui devait s'occuper de cette souffrance psychique ou de souffrance d'origine sociale : est-ce le médecin ? l'assistante sociale ? le bailleur social ? La « logique de la patate chaude » s'était enclenchée.

A cette époque, il avait été décidé de suivre les professionnels par un volet santé mentale. L'idée était de partir de la démarche psycho-sociale, définie par les Canadiens, par Denise Normand Guérette selon qui l'on peut travailler sur des interventions qui vont modifier l'environnement, pour s'attaquer aux facteurs du risque et pour développer les facteurs de protection ; ou l'on peut travailler sur l'individu pour qu'il devienne plus fort et pour qu'il puisse faire face aux difficultés. Les interventions psycho-sociales sont celles qui vont travailler à la fois sur les deux champs.

Les actions mises en place : une démarche psychosociale

Dans une optique de santé publique, deux champs essentiels d'intervention de prévention:

- des interventions visant à modifier l'environnement en s'attaquant aux facteurs de risque et à développer les facteurs de protection
- des interventions qui cherchent à renforcer la capacité de l'individu à faire face aux difficultés et ainsi développer chez lui des facteurs de « robustesse »^[1]

Les interventions dites « psychosociales » travaillent en même temps sur ces deux champs

[1] Denise Normand-Guérette. Prévention de type primaire. In Thématique.

Sur la question de la violence chez les adolescents, chez les jeunes, on s'est d'abord dit qu'il fallait favoriser une réflexion commune et se mettre d'accord. . On a mis en place un séminaire, « santé mentale, adolescence et familles, les souffrances psychiques liées aux violences » durant deux ans. 70 professionnels sont venus, à 6 séances ; on a invité des gens de l'extérieur et on a mené une réflexion collective. On a fait une évaluation et on a trouvé que le séminaire était certes un bon point de départ, mais qu'il fallait que cette expertise soit plus proche du terrain. Les infirmières scolaires qui étaient venues au séminaire nous ont appelés, et à leur demande, on a créé un groupe de travail sur les violences en milieu scolaire. Ensuite, on a travaillé sur des ateliers de pratique professionnelle, d'abord au niveau de la ville ; puis on s'est rendu compte que pour mettre en place un réseau efficace, quelque chose de très pragmatique avec des outils, il fallait passer au niveau du quartier, et là, on a créé un atelier qui a donné des résultats et maintenant, il y a un groupe de travail. On a également créé, par rapport à la question de la souffrance psychique, une

réunion appelée « réunion d'évaluation des situations d'adultes en difficulté », la RESAD, qui cherche à développer une synergie entre les acteurs médicaux et sociaux autour des situations concrètes.

Les premiers ateliers: l'identification de besoins

- *Par rapport au public* : relier les conditions de précarité avec les diverses formes de souffrance psychique ou psychosociale fréquemment mises en évidence : phénomènes d'isolement, comportements à risque, sentiments de désespoir, de dévalorisation ou de culpabilité (rendant compte en partie de l'absence de demandes d'aide)
- *Concernant les professionnels* : favoriser une vision partagée sur comment appréhender ces phénomènes. Les représentations des problèmes de santé mentale pouvant apparaître hétérogènes et même parfois contradictoires, l'intervention est souvent perçue comme difficile ou cantonnée à une approche centrée sur le soin

Les actions mises en place : une démarche psychosociale

- **Séminaire « santé mentale, adolescence et famille : les souffrances psychiques liées aux violences »** (2003-04) Objectif: améliorer l'analyse de la problématique (en faisant le lien avec ses déterminants) et faciliter la construction d'une réflexion collective avant la mise en œuvre des actions
 - Groupe de travail sur « les violences en milieu scolaire » dans deux collèges (2005...)
 - Ateliers de pratiques professionnelles sur les violences chez les adolescents (niveau ville en 2005 et niveau quartier en 2006)
- **Réunions d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD)** (2001...) Objectif: renforcer les synergies entre les acteurs médicaux et sociaux autour de situations concrètes.

Sur la question de la participation, on s'est basé sur une démarche de santé communautaire dans un quartier de la ville, un quartier particulièrement défavorisé, où on a utilisé la méthode de Paulo Freire, un brésilien qui a défini une méthode simple, qui s'appelle « lister-dialoguer-agir ». Là, on a travaillé d'abord à ce qu'on pourrait appeler un « diagnostic de santé participatif » dans

les quartiers. Ensuite, on a mis en place un comité de santé du quartier. On voulait obtenir une prise de conscience collective des problèmes de santé auxquels les habitants étaient confrontés. On faisait des listes très simples, on listait les problèmes, les déterminants de ces problèmes et les ressources du quartier avec les professionnels, les associations et les habitants, et après, on dialoguait, on regardait les listes tous ensemble. On s'est aperçu que ce qui était une ressource pour les professionnels, « l'accès aux soins » avec l'aide médicale d'Etat et la CMU, était le problème le plus important pour les habitants. Pour les professionnels, l'existence de l'AME et de la CMU est un acquis énorme, mais pour les habitants, l'accès aux soins, c'est l'appel téléphonique qu'il faut passer pour prendre rendez vous avec le médecin, c'est le ticket de bus qu'il faut prendre pour aller à l'hôpital, c'est « qui va m'accompagner ? », « combien ça va me coûter ? », « qui va faire la traduction ? », etc. Ce qui est intéressant, c'est que les professionnels et les habitants se sont mis d'accord et ont donné la priorité au problème de l'accès aux soins. Maintenant, il y a un comité de santé dans le quartier qui réunit les associations, les habitants et les professionnels pour travailler sur ces questions-là.

L'un des derniers programmes est un programme de promotion du bien être psychique des jeunes enfants. C'est une idée qui a émergé en 2003 au bureau de santé mentale du Ministère et la ville a décidé qu'il fallait réfléchir avec les professionnels et prendre en compte les expériences de la ville, ainsi que les expériences internationales. Il y a eu une étape d'analyse préliminaire, avec un comité de la petite enfance qui s'est mis en place, et on a demandé à la Fondation MGEN pour la santé publique un état des lieux, une revue d'expériences internationales, et ça a abouti à l'écriture d'un projet dans un quartier, qui existe depuis l'année dernière.

Les actions mises en place : une démarche psychosociale

■ **Action de santé communautaire dans un des quartiers de la ville (2003...)** Méthode Freire: « lister-dialoguer-agir » Objectif: Prise de conscience collective d'un coté, des problèmes de santé auxquels sont confrontés les habitants et, d'un autre coté, de leur capacité à agir pour apporter des solutions.

■ **Programme Promotion du bien être psychique du jeune enfant: (2003...)** Objectif: Promouvoir le développement psychologique, affectif, cognitif et social des enfants (0-3 ans) confrontés à la précarité du quartier Paul Bert par des VAD systématiques, l'amélioration du travail en réseau (formation partagée, animation des réseaux, etc.) , la facilitation de l'accès aux ressources présentes dans le quartier, la facilitation des rencontres entre parents (accueil parents-enfants, atelier des parents, etc.).

Le dernier projet, le « petit dernier », s'est inspiré du conseil municipal de santé mentale de Givors qui existe depuis 25 ans. On était allé les voir et on a été très impressionné par leur expérience. Je tiens à les en remercier. C'est une idée

qu'on avait aussi à Aubervilliers, une idée qui venait du médecin chef du secteur psychiatrique. On a commencé l'année dernière, avec une réunion ; la deuxième est programmée pour le 3 avril prochain. L'objectif du Conseil local est l'élaboration de politiques partagées sur la santé mentale pour la ville.

Les actions mises en place : une démarche psychosociale

- **Conseil local de santé mentale:** (2006...) Objectif: élaboration de politiques partagées concernant la santé mentale dans la ville. Copilotage secteur psychiatrique et élus de la ville (mairie et maire adjoint à la santé). Rôle de l'ASV: facilitateur de la discussion

Voilà, sur la diapositive suivante, ce sont les partenaires mobilisés dans le cadre de l'ASV, pour vous montrer qu'à chaque fois, l'atelier santé ville est un facilitateur, pour qu'on se mette autour de la table, pour que l'on discute, pour que tout le monde ait le droit de placer son agenda, ce n'est pas l'agenda du plus fort qui domine. A chaque fois, ce n'est pas l'ASV qui fait les choses, ce sont bien les acteurs, les habitants et les associations.

ASV: Partenaires

- Actions « souffrances psychiques liées aux violences chez les adolescents »
 - Groupes de travail « les violences en milieu scolaire » Copilotage: CMPP ou CMP + des enseignants et du personnel non enseignant du collège
 - Atelier de pratiques professionnelles sur les violences chez les adolescents (quartier Landy) Copilotage: Service Vie des quartiers
- Réunions d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD): Comité membres permanents, comité de membres permanents PA, Réseau Ville Hôpital

ASV: Partenaires

- Action de santé communautaire dans un des quartiers de la ville. Comité de santé du quartier: habitants, associations du quartier (Amicale de locataires, FAIDA), éducateurs ALV, coordinateur du quartier, radio locale associative Am.fm, groupe alphabétisation GRETA
- Programme Promotion du bien être psychique du jeune enfant: Comité de pilotage petite enfance: Service social municipal, Centres de loisirs maternels, Circonscription PMI, Service municipal petite enfance, Réussite éducative, Boutique du quartier, CMPP + Réseau quartier (2 habitants, personnels PMI, assistants sociaux, école maternelle, centre de loisirs maternel, CMPP...) + Comité maîtrise d'ouvrage (CG 93, DGS, CPAM, Ville)

On va maintenant parler un peu des RESAD, les « réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté ». Voilà les objectifs fixés dans ce cadre:

RESAD: Objectifs

- ✓ analyser des situations psychosociales complexes en les re-situant dans le contexte de la ville à partir de la grille de lecture propre à chaque professionnel présent lors de la réunion
- ✓ évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain
- ✓ renforcer les liens inter institutionnels

On a travaillé ces réunions sur le modèle des réunions pluri-professionnelles, ce que les professionnels de la petite enfance connaissent bien. On a monté un comité de membres permanents. On a commencé avec le service social municipal, le service communal d'hygiène et de santé, le secteur psychiatrique, et la mission locale, et on s'est aperçu que la RESAD présentait un risque, celui que les acteurs sociaux viennent présenter en quelque sorte des candidats à la psychiatrie, et du coup, les psychiatres étaient mis dans une posture de choisir : « celui-là, c'est pour moi », « celui là, ce n'est pas pour moi », « au suivant ». Pour arriver à discuter autrement, on a donc demandé aux médecins généralistes et au service municipal de santé de désigner un référent, qui fait partie des membres permanents, ce qui change beaucoup les choses. Après, on s'est aperçu que la situation des personnes âgées avait besoin de partenaires spécifiques. C'est pour cela que quand il s'agit d'une personne âgée, le comité des membres permanents est élargi au CCAS, au service de soins à domicile du centre municipal de santé et au pôle gérontologie de la ville. Et depuis trois ans, on a un partenaire privilégié qui est le réseau Ville-Hôpital pour la participation des médecins libéraux : c'est comme cela qu'on peut les dédommager pour leur venue à la RESAD, parce qu'ils ferment le cabinet pour venir. C'est très intéressant d'avoir les médecins libéraux. On se réunit une fois par mois, où l'on étudie une situation par heure, et les conclusions sont portées sur une fiche synthétique, transmise aux professionnels, qui indique ce qui a été dit, ce sur quoi on s'est mis d'accord, et qui doit faire quoi. Pour présenter une situation en RESAD, on doit impérativement avoir l'accord de la personne ou de la famille.

RESAD: *Membres permanents*

RESAD (adultes et jeunes adultes)

- le Service Social
- le SCHS/ASV
- le Secteur psychiatrie adultes
- la Mission locale
- le Centre Municipal de Santé

RESAD (personnes âgées)

- le CCAS
- l'équipe de soins infirmiers à domicile du CMS
- le pôle gérontologie du service social

Partenaire: Réseau Ville-hôpital

Les professionnels « demandeurs » nous appellent et nous disent « voilà, je veux présenter telle situation en RESAD ». Ce n'est jamais dans l'urgence, on a un programme et tout le monde connaît les dates. Et chacun s'engage à faire une restitution à la personne après. Car nous pouvons faire les propositions qui nous semblent magnifiques, mais si, lors de la restitution à la personne, la personne n'est pas d'accord, il faut retravailler les propositions.

RESAD

La RESAD a lieu dans la salle de réunion du service social le premier lundi de chaque mois de 14 H à 17 H

Un maximum de trois situations (une heure par situation) peut être analysé lors de chaque réunion

Les conclusions de chaque RESAD sont portées sur une fiche synthétique transmise aux professionnels engagés / situation discutée et aux membres permanents

Pour l'évaluation des RESAD, on fait une enquête de satisfaction chaque année depuis 2001. On est en train de faire une vraie évaluation, qui est en cours, par un cabinet qui s'appelle ACDC, qui sera terminée en juillet. Mais en attendant, les enquêtes que nous faisons en interne donnent déjà des indications :

RESAD: Évaluation

- 23 situations analysées en moyenne par année
- Le logement est la catégorie de problèmes la plus représentée
- 45 professionnels appartenant à 14 structures ont été demandeurs ou invités en 2006
 - 50% assistantes sociales
- Motivations des professionnels demandeurs :
 - Associer d'autres professionnels au suivi de la situation
 - Alerter sur une situation potentiellement dangereuse pour l'usager ou pour son entourage
 - Améliorer la propre compréhension de la situation

Les professionnels disent avoir trouvé la possibilité, parce que l'on n'est pas tout seul, de prendre de risques, d'oser, d'être plus créatif.

Alors, que dire par rapport au rôle des élus dans cette histoire ? Justement sur le problème du logement, nous avons été interpellés à plusieurs reprises par la commission des expulsions de la ville et par les élus, pour discuter des situations. On a souvent le bailleur social qui vient très souvent à la RESAD, mais aussi le tuteur et le curateur. Quand il s'agit d'une situation d'expulsion et que c'est une personne qui est plus ou moins connue dans la ville, parfois on interpelle la RESAD avant l'expulsion, pour savoir s'il y a un réseau professionnel prêt à s'engager, à suivre, parce que le problème des bailleurs est de se retrouver avec quelqu'un, tout seul dans un appartement, sans savoir quoi faire. Dans des situations particulières, il nous est arrivé d'interpeller le procureur, l'office HLM, d'autres bailleurs, pour montrer qu'il y a un vrai travail qui est fait avec la personne et que l'expulsion ne fera qu'empirer la situation.

Guillaume Kammer/ Juste un mot pour vous situer l'organisation du secteur psychiatrique à Aubervilliers. On a une hospitalisation « relocalisée », on pourrait autant dire délocalisée, mais c'est relocalisé dans la ville. Auparavant, l'hospitalisation était située assez loin de la ville elle-même et il y a eu une relocalisation il y a environ 3 ans. On a également un dispositif regroupant le centre médico-psychologique, un foyer de post-cure, une équipe de soin à domicile, et un centre d'accueil et de crise, dans lequel je travaille. On a également un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, situé dans une

autre partie de la ville. Donc tout est vraiment situé dans la ville d'Aubervilliers même.

Juste un petit mot sur les fonctions du Centre d'accueil et de crise (CAC): il a effectivement un rôle de facilitation de l'accès aux soins ; c'est une unité ouverte 24h/24 avec un psychiatre et des infirmiers, ce qui permet d'accueillir les gens qui le souhaitent ; il n'y a pas d'adressage, les gens peuvent se présenter d'eux-mêmes et ils sont reçus. Il y a également un travail qui se met en place hors les murs ; on essaye de sortir de la structure pour travailler dans la ville, auprès des patients.

Deuxième grande fonction du CAC : faciliter le travail en réseau, être une interface entre les services sociaux municipaux et le secteur psychiatrique, en particulier le travail en RESAD auquel je participe. Au niveau des RESAD, du point de vue du psychiatre de secteur, ce qui est intéressant est la sensibilisation des partenaires de la RESAD à la psychiatrie en général, à ses buts de prévention et de dépistage, et également l'information sur les modalités de fonctionnement des différentes unités du secteur. Il y a également un retour au niveau du service lui-même avec la possibilité de faire un lien et de coordonner les actions qui ont été discutées en RESAD avec les différents partenaires sanitaires et sociaux.

Débat

Guy Gozlan/ Est-ce que vous voulez poser des questions tout de suite ?

Arnaud Tesmoingt/ Je suis médecin généraliste, coordinateur de l'ASV des Mureaux, qui s'est créé il y a deux ou trois mois, à mi-temps. C'est la première fois depuis ce matin que vous parlez des médecins généralistes, et je le souligne parce qu'il me semble que le médecin généraliste est l'acteur de premier recours, qui est quand même nécessaire pour que ce système fonctionne. Tout à l'heure, on parlait des hospitalisations d'office. Le médecin généraliste, c'est celui qui est là tout le temps, jour et nuit, de moins en moins, c'est vrai, il y en a qui veulent de moins en moins y aller, c'est vrai, mais le psychiatre n'y va jamais, puisque par définition il est dans ses murs, quand il est hospitalier, et quand il est libéral, de toute façon, il ne se déplace pas. C'est ce qui se passe en tout cas chez nous aux Mureaux. Je suis étonné qu'on ne parle pas du médecin de premier recours, qui, globalement, soigne la majorité des personnes dont vous parlez depuis ce matin. Vous avez dit que vous aviez réussi à faire un projet où vous dédommaginez des médecins généralistes pour qu'ils puissent venir à vos réunions, ce qui est un vrai problème pour les médecins généralistes comme moi, qui en effet ne travaillent pas pendant ce temps-là. C'est la première fois que j'entends cela depuis ce matin et je voulais le souligner.

Marie-Odile Dufour/ Je suis désolée parce que ce matin, on a bien dit qu'à Champigny, on travaillait avec la médecine libérale, donc ce sont les médecins généralistes ; il n'y a pas de problème, on travaille bien avec eux. Pour qu'ils puissent venir aux réunions des ateliers santé ville, nous n'avons pas beaucoup de moyens mais nous en avons quelques-uns, donc on leur rembourse ce qu'ils auraient eu s'ils étaient restés dans leur propre cabinet. Je ne vous ai pas tout dit sur Champigny mais il s'y passe beaucoup de choses !

Guy Gozlan/ Merci en tout cas pour cette précision. Je vais passer la parole à Marina Girod de l'Ain, qui est maire adjointe à Grenoble, à François-Paul

Debionne, qui est médecin directeur et à Pierre Murry, qui est psychiatre à l'hôpital de Saint Egrève.

« La construction d'un diagnostic local et le dispositif de concertation en santé mentale à Grenoble »

Marina Girod de l'Ain, maire adjointe

François-Paul Debionne, médecin directeur de la ville

Pierre Murry, psychiatre, chef de service

Marina Girod de l'Ain/ Ce sera une présentation à trois voix de l'expérience grenobloise, qui ressemble à l'expérience des autres villes sur bien des aspects. Après, cela dépend de chaque histoire locale et de la manière de tisser des liens. A Grenoble, nous venons de créer un conseil local de santé mentale, qui est tout jeune puisqu'il date du 8 février dernier. Je vais vous expliquer pourquoi on en est arrivé là, avec un renforcement de nos politiques publiques, pourquoi on a souhaité le formaliser et arriver à l'institution d'un conseil local de santé mentale réunissant de très nombreux partenaires.

Je veux quand même reparler du rôle des villes car il y avait une question ce matin à ce sujet. Il est clair que les villes sont légitimes à agir. Pour moi, elles ont même des compétences à le faire qui les légitiment dans leur action. On ne parle pas assez de la question des pouvoirs de police sanitaire des élus locaux : il y a 206 bureaux d'hygiène en France dans des villes, qui concernent les questions d'hygiène, de salubrité, de nuisance, de bruit. Quand on parle des sollicitations des élus locaux, elles arrivent extrêmement nombreuses à travers les plaintes : les plaintes de voisinage, les plaintes de bruit, les plaintes concernant les animaux. Ce sont 1000 plaintes reçues annuellement à peu près pour la ville de Grenoble. Et l'on sait que parmi ces plaintes, une certaine composante, de 15 à 20%, est liée à des questions de mal être, à des problèmes de santé mentale.

Il y a les pouvoirs de police sanitaire des élus locaux, avec des contractualisations : ce sont les lois de décentralisation de l'Etat qui ont donné ces compétences aux villes, jusqu'aux hospitalisations sous contrainte, et là, c'est le pouvoir de police administrative des élus locaux. Rien que sur ces deux pieds-là, il y a déjà de quoi faire.

Par ailleurs, on est extrêmement sollicité en tant qu'élu local par les associations. Les associations, qui sont souvent en première ligne sur les questions de précarité, sont de plus en plus en difficulté, en précarité financière notamment, et elles ont à faire face aux difficultés de leurs usagers. Ce sont 110 associations à Grenoble qui ont été réunies assez rapidement en début de mandat dans un forum inter-associatif, et c'était également la volonté des associations de s'engager plus en amont sur les questions de santé mentale. C'est donc aussi une thématique qui a beaucoup été portée par le tissu associatif.

A Grenoble, il y a une autre sollicitation qui nous a poussés à agir : un collège de psychiatrie s'est mis en place, réunissant la psychiatrie publique et privée, qui dès sa constitution, est venu à la rencontre de la ville et a souhaité travailler avec nous, nous solliciter sur leurs propres difficultés en termes de limites de l'offre et de problèmes d'accès aux soins. Ça faisait donc un ensemble de sollicitations et de légitimité qui nous a permis de renforcer notre propre action publique municipale, pas seulement autour des situations complexes posant le problème de l'accès aux soins, mais sur d'autres volets. Je crois qu'on essaye de le faire sur toutes les thématiques qu'on traite à Grenoble en matière de santé, en prenant plusieurs aspects : l'observation locale, la formation des acteurs et l'échange des pratiques, et la question de l'accès au droit, à la prévention, aux soins.

Très concrètement, on a renforcé un certain nombre de domaines à Grenoble. Sur l'observation, on a souhaité travailler avec les autres villes de la région Rhône Alpes, pour créer entre nous, avec les moyens de chaque ville, un Observatoire Local de Santé Mentale. On a essayé de récolter des indicateurs en termes d'offre et de consommation de soins. Ça se monte avec Genève, Lyon, Villeurbanne, Bourgoin et Grenoble. On continue à essayer de travailler ensemble sur ce qu'on met en place dans nos villes, parce qu'on est tous confrontés aux mêmes difficultés. La deuxième chose qu'on a voulu renforcer, ce sont les centres de santé, et là, on est en plein sur la question du rôle de la médecine générale de premier recours. Grenoble a la chance d'avoir depuis longtemps des centres de santé qui prennent largement leur part dans les questions de santé mentale, avec notamment tout un travail de soutien et de renforcement des centres de santé dans les quartiers les plus populaires. On a embauché une psychologue municipale, ce qui est un peu particulier, justement pour aller au devant des personnes les plus isolées, pour faire le lien entre les questions de nuisance du voisinage et d'accès aux soins, et là, c'est vraiment de la dentelle pour essayer d'être au plus près des besoins. A Grenoble, on a également la chance d'avoir une médecine scolaire municipale, ce qui nous permet d'être vigilant sur ces questions dès l'enfance. On a monté enfin, en termes de formation, un diplôme universitaire avec la Faculté de médecine, sur les questions de précarité, et formé l'ensemble des acteurs de la Faculté de médecine, puisqu'en Faculté de médecine, on ne parle pas beaucoup de tout cela. Pierre Micheletti, l'ancien directeur du service Santé de Grenoble, a largement porté tout cela ; il est maintenant président de Médecins du Monde, ce qui permet d'avoir un contenu solide. Ce diplôme est plein depuis 3 ans et fonctionne bien.

Finalement, on aurait pu se limiter à ce renforcement de l'action municipale et estimer qu'on avait assez fait, mais si on est passé à la formalisation dans un conseil local de santé mentale, qui repose sur un cadre réglementaire réduit, je crois que c'est parce qu'on avait besoin, au-delà des personnes motivées, d'avoir des engagements institutionnels des différents partenaires, et notamment de la psychiatrie. Dans toute cette action préalable au conseil local de santé mentale, la psychiatrie était en effet peu présente, en tant qu'institution.

Beaucoup de villes sont dans le cas de Grenoble. Les élus locaux ne siègent pas dans les conseils d'administration des hôpitaux psychiatriques puisque ce sont les élus du Conseil Général et non les élus des communes, ce qui nous donne finalement peu de légitimité ou de culture commune, tandis que l'on a des cultures bien plus proches avec le tissu associatif ou les bailleurs qui nous sollicitent. Le souhait à Grenoble de formaliser les choses était donc de faire travailler la psychiatrie et la ville avec l'ensemble des partenaires. C'est chose faite, mais ça a nécessité beaucoup de travail, beaucoup de dialogue.

Qui est au Conseil local de santé mentale ? Lors de la plénière du 8 février, 130 personnes étaient présentes. On espère que ça ne deviendra pas une grande messe et que tout ça va se concrétiser dans des actions. Ce sont : les représentants des services de l'Etat, avec la santé, la justice, l'éducation nationale et la police, les systèmes de soin, avec le centre hospitalier spécialisé, mais aussi le CHU, et tous les systèmes de soin, les centres de santé, la médecine générale, mais aussi la caisse d'assurance maladie, les représentants du secteur associatif qui sont extrêmement présents, avec les associations d'usagers, qui portent les thématiques bien au-delà de l'engagement de la ville, les représentants du secteur du logement, bailleurs privés et publics, et les

organisations tutélaires. Je ne vais pas expliquer comment on le fait fonctionner, mais on souhaite vraiment qu'il ne soit pas seulement un groupe de suivi des situations complexes à Grenoble (environ 120 situations complexes par an à Grenoble).

Il y a un premier groupe de travail, fortement en lien avec la psychiatrie, qui travaille sur les situations individuelles ; on retrouve des expériences similaires dans d'autres villes, avec des noms variés mais je crois que c'est la même chose. On continue le groupe de travail avec les 5 autres villes sur les indicateurs en matière de santé mentale et on souhaiterait pouvoir aller plus loin tous ensemble, puisqu'on a tous des dispositifs partenariaux en matière de santé mentale : il s'agit de pouvoir les évaluer, donc de se donner des critères communs d'évaluation.

Et puis, il y a un groupe d'échange des pratiques avec le milieu associatif, avec des projets spécifiques dans les quartiers ; c'est important d'aller à la plus petite échelle, au plus près des personnes. Et on continue cette réflexion entamée depuis plusieurs années sur les hospitalisations d'office, en partenariat avec bien d'autres villes.

La coordination de tout cela est portée par la ville, qui l'a formalisée par une délibération du conseil municipal. Cette formalisation est importante pour que cela ne repose pas sur certains élus volontaristes, mais bien sur l'ensemble de l'équipe municipale et de ses 53 élus. La coordination est assurée par le service de promotion de la santé qui fait un travail totalement remarquable, avec une implication étonnante sur ce sujet-là.

On a encore du mal à savoir si c'est la bonne réponse, cette construction collective avec de très nombreux partenaires. On a besoin aujourd'hui, par rapport à toutes ces expériences, de critères d'évaluation. Est-ce que finalement, pour les professionnels, c'est bien ? Certainement. Mais est-ce que pour les personnes, on arrive à vraiment améliorer les accès aux soins ? A prévenir les HO ? A prévenir l'urgence ? En tout cas, à Grenoble, on note une diminution des HO mais on n'arrive pas encore à savoir si c'est dû à nos politiques publiques ou pas.

Pierre Murry/ Je suis le Docteur Murry, chef de service d'un secteur de Grenoble, je vais vous parler très rapidement de nos motivations.

Pourquoi avons nous travaillé avec la Mairie ?

Premièrement, nous étions tout à fait d'accord pour que ce soit le Maire qui soit le président du conseil local de santé mentale. Deuxièmement, vous savez que les hôpitaux se réorganisent en ce moment, une partie de l'hôpital psychiatrique se réorganise en pôles en fonction de Grenoble où il y a un gros travail de partenariat. Donc, pour faciliter ce travail, on a commencé à travailler dans ce sens-là. Il y a déjà eu des interventions très brillantes et intéressantes sur la nécessaire coopération avec les mairies et les communes, pour les HO, les HDT, faire des commissions, des groupes de travail etc, pour la prévention également, on l'a dit. Ce qui m'intéresse dans ce conseil local de santé mentale et dans cette coopération en général, c'est d'essayer d'avoir un langage commun entre les élus, les travailleurs sociaux, et même la police, les pompiers, etc., entre les différents acteurs et la psychiatrie. De par la spécificité de la psychiatrie, vous le savez, il n'y pas vraiment de scanners, ni d'électrocardiogrammes, on est dans une spécialité un peu à part. Nous, de plus en plus, grâce aux médias et aux problèmes des français de plus en plus importants, problèmes existentiels, problèmes de précarité, on voit de plus en plus au niveau de nos interventions et

de la pathologie, une nouvelle psychiatrie qui se fait, une psychiatrie bis, une psychiatrie médiatique, un peu banalisée, qui se mêle un peu de tout, mais qui est justifiée, puisque c'est une tentative de réponse à une véritable souffrance d'un nombre croissant de gens. Mais on a tout de même, de plus en plus, deux psychiatries, la psychiatrie habituelle, qui est une spécialité, et une psychiatrie où tout le monde fait de la psychiatrie dans le corps social. Le conseil local de santé mentale permet de réduire ce clivage.

On a de plus en plus de demandes surréalistes. On a évoqué ce matin l'exemple du froid avec une patiente. On a eu, il y a deux ans, un couple qui a été mis en HO par la Préfecture quand il y a eu les grands froids. Il faisait moins 10°C. A moins 10°C, c'était l'HO. C'était une discussion de ce niveau là ! C'était un couple qui avait une petite cabane, qui était habitué à ça, qui avait de l'argent mais qui refusait d'aller à l'hôtel ; le couple a été hospitalisé dans deux services différents, et on a été obligé d'avoir une discussion clinique. Nous, on n'a pas confirmé l'hospitalisation d'office, ni discuter sur la normalité du fait d'être dehors par moins 10. On assiste à cela dans des tas de domaines. Le problème de la violence est très important comme vous le savez, mais à quel moment, y a-t-il une violence qui est pathologique, à quel moment elle ne l'est pas ? Il y a le problème de la délinquance. Il y a le sujet du cannabis, qui est un sujet un peu tabou et qui entraîne de grandes discussions sur les normes sociales ; il y a le problème des délinquants sexuels qu'on traite ou pas, le problème des troubles alimentaires, le problème des personnes âgées, le problème de la crise d'adolescence. On a de plus en plus d'auteurs qui disent que la crise d'adolescence n'est pas du tout pathologique, d'autres qui disent que c'est pathologique. On a à l'hôpital actuellement une jeune fille de 17 ans qui est hospitalisée pour des fugues, qui n'a plus de problème psychiatrique, et qui, faute de structures, est hospitalisée depuis 3 ans. La fugue, est-ce que c'est un problème psychiatrique ? Les pompiers sont de très bonne volonté, mais dès qu'il y a un SDF qui pose un peu problème, il est amené aux urgences psychiatriques. Cette psychiatrie bis a des caractéristiques très particulières : elle est très normative, elle dépend aussi beaucoup des milieux culturels ; selon les quartiers, on n'a pas la même psychiatrie, ou bien des différences culturelles ou ethniques, il y a des familles qui envoient leurs patients chez le marabout etc. C'est très difficile pour nous d'avoir une position à ce niveau-là. Tout cela n'est pas virtuel, parce qu'après on doit faire des certificats d'internement ou pas ; on doit faire des prises en charge selon des normes sociales, qui sont effectivement très variables.

Je pense que les démarches comme le Conseil Local de Santé Mentale, avec les élus mais également avec la justice, sont très importantes. J'ai un autre exemple d'un monsieur en liberté conditionnelle qui a agressé une autre personne dans un centre d'accueil municipal. Il a été amené par la Police, ils n'ont pas cherché à savoir s'il était en liberté conditionnelle et il a dit qu'il avait été hospitalisé en psychiatrie. Immédiatement, ils l'ont emmené à l'hôpital psychiatrique, c'est à dire que c'est le policier de garde qui voit si c'est « psychiatisé » ou pas. On est donc dans un formidable flou. Pour nous, la vraie pathologie ne pose que peu de problèmes, mais faute de réponses sociales et politiques à des problèmes de plus en plus importants, la psychiatrie est mise en première ligne. C'est dans cette perspective d'éclaircissement, de langage mutuel et de concertation que nous participons à cette démarche de Conseil local de santé mentale. Je conclurai en disant, même si c'est une banalité de dire ça, que c'est un problème politique, qui est très important en France actuellement. Si on veut répondre à ces problèmes toujours sur ce mode continu de la psy, il faudra dix fois plus de

psychiatres, dix fois plus d'infirmiers, et beaucoup plus de psychotropes, ce qui n'est pas le but de la manœuvre.

Guy Gozlan/ On va passer la parole à François-Paul Debionne, qui est le directeur du service de santé municipal.

François-Paul Debionne/ Je suis directeur ici depuis septembre 2006. Je suis très honoré que notre élue ait donné la parole au service pour avoir un regard sur la mise en œuvre d'un tel projet porté par les élus. Ce n'est pas anecdotique de vouloir passer d'un réseau de relations nombreuses avec des acteurs divers et variés à un Conseil local de santé mentale, dont la composition figure dans une délibération votée au Conseil municipal. Les services vivent la grande difficulté de vouloir transformer des relations informelles en quelque chose d'officiel.

Je voudrais donner un deuxième éclairage sur le travail qui est mené à Grenoble, en parlant de la composition locale de cette commission d'aide à la prise en charge des situations difficiles. Le choix qui a été fait ici, c'est une petite cellule, avec des représentants de la psychiatrie publique : le Docteur Murry, qui représente le futur pôle grenoblois du centre hospitalier de Saint Egrève et le CHU en même temps, un médecin généraliste qui a été mandaté par les centres de santé de l'AGECSA (Association de Gestion des Centres de Santé), pour représenter la médecine de ville, une responsable de la circonscription d'action sociale, qui représente les travailleurs sociaux polyvalents de secteur, et le CCAS. Une première réunion a eu lieu récemment où des situations ont été évoquées, en présence d'une psychologue appelée à la Ville en appui pour aider à apprécier les situations complexes qui nous parviennent. On a la chance d'avoir une psychologue qui peut se déplacer à domicile, pour apprécier les situations, apprécier si les gens sont suivis ou non. Quand les gens ne sont pas suivis, quand personne ne les connaît, quand la psychiatrie ne les connaît pas, on a besoin de cette cellule d'étude des situations complexes, où les professionnels ne connaissent pas la personne, mais où ils apportent leurs compétences complémentaires pour faire des recommandations de bonne pratique. Je voudrais souligner l'une des recommandations de bonne pratique de la première réunion, qui a été de dire : « c'est très simple, vous contactez la DDASS pour que la DDASS écrive au CMP pour lui demander d'accueillir cette personne ». C'est très intéressant. On est légitimiste, l'Etat a un rôle essentiel et la loi lui confère cette autorité. Nous sommes allés rencontrer le médecin de secteur, le Docteur Isabelle Bonhomme, présente dans cette salle, pour lui demander ce qu'elle en pensait. Elle nous a dit : « Vous avez créé un Conseil local de santé mentale, et d'après les échos que j'en ai eu, ça a été un succès de partenariat, donc vous avez la légitimité, par cette création, pour pouvoir prendre des raccourcis et vous adresser directement au centre médico-psychologique. La DDASS n'est là qu'en soutien pour les dysfonctionnements. »

Troisième point, je voudrais juste dire que dans une ville comme Grenoble, la dimension associative est très importante. Avec le rôle du service de promotion de la santé, il y a l'offre d'un soutien, d'un accueil dans les locaux, d'animation de réunions, pour qu'il y ait des échanges, un dialogue entre associations, pour que ce soit un lieu de rencontres, qu'on se connaisse mieux, qu'on puisse réfléchir et faire des propositions. C'est dans ce cadre-là par exemple qu'on aborde la préparation de la semaine de la santé mentale, chaque année. Ce n'est pas la ville qui dit « voilà ce qu'on veut faire », on réfléchit ensemble et le programme est porté ensemble.

Dernier éclairage enfin par rapport à l'engagement des services : les actions se situent dans la dynamique des ateliers santé ville et du travail de terrain dans les territoires dits « zones urbaines sensibles », où la santé mentale a fait l'objet d'une enquête approfondie sur Villeneuve, où elle a été au cœur du diagnostic réalisé dans le cadre de l'atelier santé ville. Ce sont des dimensions intéressantes, même si on est loin d'avoir comme à Nanterre le bénéfice d'une enquête internationale, mais notre ami Laurent El Ghazi pourra en parler plus tard.

Pour conclure, il y a dans cette salle des représentants des villes santé de l'Arc Alpin, notamment Villeurbanne, qui a aussi son conseil local de santé mentale. Dans le cadre de nos travaux communs, il y a le baromètre de santé mentale qui est approfondi avec un travail sur les indicateurs. On a une réunion le 22 mars pour faire avancer le dossier. C'est un travail de longue haleine, chaque ville a ses possibilités d'observation, mais travailler à 5 villes, c'est vraiment très motivant.

Débat

Guy Gozlan/ C'est un bel exemple de mutualisation, et je pense qu'on sera amené à en parler puisque la mutualisation est une solution pour échapper à beaucoup de contraintes. Avez vous des questions ?

Mauricette Crozet/ Je suis infirmière psychiatrique à Lyon dans une unité qui s'appelle Interface SDF, qui est une unité mobile de psychiatrie de liaison. Il y a deux choses qui me tracassent : la question du droit commun, puisque la mission de l'équipe, c'est d'amener les gens aux soins dans le droit commun, et le pire qui puisse nous arriver c'est quand quelqu'un nous dit « je voudrais me faire soigner, parce que c'est impossible d'être hospitalisé pour des soins de psychiatrie sans passer par la contrainte », pour des personnes dans les systèmes d'hébergement d'urgence ou des SDF dans la rue. C'est à dire que si les gens se présentent, soit ils ne sont pas accueillis, soit ils ne sont pas gardés, parce qu'ils sont trop malades, trop fous, sans envie réelle de coopérer, donc on est obligé à certains moments de bricoler avec eux. C'est encore arrivé il y a quinze jours, on peut à ce moment-là tomber sur un médecin qui dit « OK, je vais garder ce monsieur qui est très malade, mais je dois, pour avoir un lit à l'hôpital, faire une HDT ». Et puis, à Lyon, c'est très compliqué cette histoire de liaison, on a beaucoup de mal, j'ai quand même le sentiment que c'est un peu lié aux territoires. Est-ce que ça vient du fait que c'est une grande ville ? On se rend compte qu'à plusieurs, on arrive à bien travailler. Ma deuxième question, c'est : comment est-ce que ça peut se mettre en place dans une ville comme Lyon ? Et quelle place donne-t-on à l'équipe de psychiatrie de liaison, à quoi ça sert ?

Pierre Murry/ A Grenoble, il y a une équipe de psychiatrie de liaison en ce qui concerne la précarité, et effectivement, il y a un problème de lits ; il n'y a pas de lits d'hospitalisation fixes prévus, et ces patients se heurtent au problème général des lits. Aux urgences de Grenoble, il y a certains jours jusqu'à 20 patients psychiatriques en attente. C'est vrai que les patients SDF qui changent souvent d'endroit par définition, ont un suivi difficile. C'est effectivement moins facile de les hospitaliser. C'est une prise en charge difficile. Pour évoquer d'autres difficultés, sachez que l'équipe en quelques mois s'est fait agresser trois fois. Donc, on en arrive à se demander comment faire pour que les soignants,

qui se sont tous mis en arrêt de travail, puissent continuer à soigner des gens qui sont parfois imprégnés d'alcool, de drogue, et habitués à une certaine violence de la rue ? Ce n'est pas évident. C'est une question complexe.

Arnaud Tesmoingt/ Tout à l'heure, vous avez bien souligné qu'il y avait de moins en moins de généralistes qui voulaient se déplacer pour faire les papiers, parce qu'ils n'ont pas envie de se faire agresser, parce qu'ils veulent qu'il y ait les flics pour calmer la personne, mais les flics veulent envoyer le médecin avant. Quelle solution est-ce qu'on peut essayer d'apporter à ce système? Moi je sais qu'au niveau des Mureaux, l'UNAFAM m'a contacté, quand je fais hospitaliser quelqu'un d'office, la journée, j'y arrive à peu près, mais la nuit, je ne trouve personne. Le SAMU ne veut pas y aller, parce que ça ne fait pas partie de ses missions ; les médecins généralistes n'y vont pas, parce qu'il n'y a plus de médecins généralistes de nuit globalement. Il y a bien la mission de médecins de garde qui fonctionne 24h/24 mais en consultation, pas en visite. Alors, quelles solutions envisagez-vous pour essayer de rendre service à ces familles qui ont de véritables problèmes, dans un tel système?

Guy Gozlan/ Devant l'hésitation générale qui est symptomatique, je vais répondre d'un point de vue qui va me permettre de justifier ma présence ici à la tribune. Le problème se situe au niveau territorial, national, peut-être même européen. Sur la question « faut-il plus de psychiatres, plus de médecins généralistes ? », je ne suis pas sûr que ce soit vraiment le lieu pour en parler. Même s'il y a des discours alarmistes sur la baisse des médecins et des psychiatres en particulier, on a encore quand même la ressource pour travailler correctement et ça, il faut le dire. Après, il en va de notre responsabilité professionnelle de bien mobiliser la ressource. Deuxièmement, il y a des recommandations professionnelles qui sont sorties récemment à la HAS (Haute Autorité de Santé) et vous les avez reçues, sur les modalités des hospitalisations sans consentement. J'ai fait partie du bureau qui a rédigé ce document, puisque j'étais le président de cette commission et je vous invite à la relire. Les recommandations disent qu'il faut réduire les hospitalisations sans consentement et qu'il faut travailler comme vous le faites tous, en amont.

Marina Girod de l'Ain/ Oui, mais il n'est pas question des élus locaux dans les recommandations.

Guy Gozlan/ Malheureusement, non. Si je peux faire une parenthèse qui reste de l'ordre du secret professionnel, ça va rester entre nous. Il y a eu une volonté particulière de certains des membres de la commission pour que vous n'apparaissiez pas, je le dis publiquement, mais sous le sceau du secret professionnel partagé, comme ça, les choses sont claires.

Question de la salle/ Les raisons alléguées ?

Guy Gozlan/ Les raisons alléguées, je les comprends seulement maintenant, je ne les avais pas comprises à l'époque. C'est une fausse réponse, mais vous avez le droit de poser la question. Deuxièmement, nous devons collaborer avec tous les acteurs. L'idée de réseau prend toute sa force ici. La connaissance du terrain, il n'y a que vous qui l'avez par rapport aux commissaires de police, par rapport aux collègues qui dirigent le SAMU, ou aux collègues qui ont des ambulances privées. Il faut trouver les bonnes personnes, les bonnes ressources pour

mobiliser des programmes de transport, des programmes de déplacement des patients. Qu'est-ce qu'on fait quand on est médecin généraliste et qu'on a signé le fameux premier certificat dont parlait le Docteur Lefèvre tout à l'heure ? Il va falloir qu'on prenne encore sur notre temps personnel et professionnel pour créer, peut-être avec l'aide des élus locaux, des cellules, des réunions, pour se mettre autour de la table et décider par bassin, par territoire de santé, d'arrangements particuliers. Voilà un début de réponse.

Je voudrais à nouveau vous remercier de m'accorder cette tribune comme à mes camarades. Il y a une coïncidence parlante pour moi, puisque je comptais vous présenter rapidement quelque chose d'assez dense néanmoins, sur le pourquoi des réseaux de santé, et les bénéfices aux professionnels et aux usagers que ça peut créer, les bénéfices aux usagers aussi. Je voudrais vous montrer cette image qui est l'affiche de la première journée nationale des réseaux de santé en santé mentale, et si vous voyez le 3^{ème} partenaire, RÉHPI qui est le réseau piloté par Elisabeth Giraud Baro de l'hôpital de Saint Egrève. Les réseaux de santé communiquent entre eux au niveau national. Je suis fier de vous dire que ça fait un moment que nous travaillons ensemble, et que je suis content de voir d'autres collègues comme mon collègue Pierre Murry ou mon autre collègue de Saint Egrève que je salue.

Permettez-moi de faire cette brève marche arrière, pour vous dire que la santé mentale est bien l'affaire de tous, qu'il ne peut pas y avoir de soins sans affiliation sociale et citoyenne des patients et de leur entourage, c'est ce qu'on dit depuis tout à l'heure, et que nous sommes dans un environnement extrêmement complexe. Pour le comprendre, il faut le pratiquer, nous devons donc construire des réponses qui sont obligatoirement concertées, parce que les cas sont compliqués, et c'est pour cela qu'on a besoin de s'adosser sur les élus locaux. Les élus locaux, pour moi, sont les mêmes « clients » que les patients ou que les familles. Vous êtes un usager du système qui essaye de trouver des solutions. Vous êtes confrontés à des situations extrêmement complexes, et vous avez très peu d'informations, c'est ce que vous dites depuis tout à l'heure sur les patients ou les dossiers qu'on vous remet. En plus, la pathologie mentale fait que vous aurez peut-être des informations tronquées, que vos patients seront méfiants, ou peut-être consommateurs abusifs de cannabis, ce qui va, chez les jeunes surtout, compliquer les choses. Pour l'Ile de France, vous m'excuserez, je n'ai pas eu le temps de trouver les chiffres de votre région, sachez qu'il y a environ en permanence 300 000 jeunes qui souffrent de troubles psychiques, dont 160 000 qui souffrent de troubles bipolaires et 140 000 qui souffrent de schizophrénie. Je précise que théoriquement, il y a 700 000 patients atteints de schizophrénie en France ; il y a environ 3000 suicides par an de personnes schizophrènes, que je considère comme autant de suicides évitables. Pour les médecins généralistes, 24% de vos patients ont théoriquement des troubles psychiques, que vous n'arrivez pas à définir, non pas parce que vous n'êtes pas compétents, mais parce que ce sont des problèmes mixtes, psycho-sociaux. Les pouvoirs publics se sont penchés là-dessus, il y a des objectifs de santé publique : réduire les troubles bipolaires, les troubles liés aux psychoses chroniques. Il y a le plan de santé mentale et le fameux cadre législatif de la loi du 4 mars 2002, qui inclut, mis à part la réintégration de la loi de 1990, l'accès aux soins, la coordination, et la continuité dans l'interdisciplinarité pour la construction de réseaux de santé mentale, qui induisent une prise en charge adaptée, des dispositifs spécifiques, qui, théoriquement, nécessitent une évaluation. Vous savez que l'évaluation des réseaux de santé mentale est

l'unique et seule condition de leur financement et du maintien de leur refinancement.

Pourquoi faire de la prévention ? Tous les symptômes précurseurs ne sont pas spécifiques, c'est très difficile d'avoir une clinique claire des signes précoces. La clinique des signes précoces de la schizophrénie ou de la manico-dépression est très difficile à mettre en place. Les patients restent pendant 3 ou 5 ans à galérer, à errer d'un médecin à l'autre, à passer d'urgence en urgence, avant d'arriver aux urgences de l'hôpital parfois dans des situations de crise grave, ou ils sont déjà morts ou alors ils sont dans des états délirants. Il y a ce qu'on appelle la notion de période non traitée. Pendant cette période où le patient n'est pas identifié, son état se dégrade, le poids social et médical va s'accroître. Pourquoi détecter tôt ? Parce que les risques sont plus grands par rapport à un patient de la population générale : le risque suicidaire, le risque dépressif, le passage à l'acte, la consommation accentuée de drogue, en particulier de cannabis, la rupture scolaire, la rupture sociale, familiale et le chômage prolongé pour ceux qui avaient commencé leur vie professionnelle. Je fais une parenthèse pour les femmes, qui tombent habituellement malades un peu plus tard que les garçons, qui ont commencé leur vie conjugale peut-être, et peut-être une vie de maternité.

S'agissant des enjeux de la détection, ce que l'on essaye de faire avec nos équipes, c'est de faire passer les messages sur la clinique des signes précoces, pour que les patients à haut risque de vulnérabilité à développer des maladies mentales soient détectés avant la phase de transition, c'est-à-dire celle où les patients arrivent en phase de crise délirante ou suicidés à l'hôpital. On veut éviter cette transition, parce que dans ces troubles aigus, urgents, il y a 40% de schizophrènes, 30% de bipolaires et 30% de ce qu'on appelle « autres », mais qui sont en grande partie des troubles graves de la personnalité. Si on agit tôt, on a des meilleurs taux de rémission, on consomme moins de médicaments, la maladie évolue moins vite, et le fonctionnement global du patient est conservé avec une meilleure qualité de vie, familiale, professionnelle, avec moins de risque de rechute, avec bien entendu la réduction du risque d'hospitalisation et de réhospitalisation – on a parlé tout à l'heure de la « porte à tambour de l'hospitalisation-réhospitalisation ». En fait, les patients tombent malades très très tôt ; personne ne voit rien et les choses évoluent. Là, c'est un diaporama sur la schizophrénie, mais c'est adaptable à toutes les maladies, type manico-dépression par exemple, et si on ne fait rien, les signes évoluent et le patient arrive à l'hôpital. Avec la mise en place des réseaux de santé et la collaboration avec tous les niveaux d'action, on peut agir au plus tôt pour accompagner les patients, avant même le traitement de la phase symptomatique et de la réadaptation.

Les missions des réseaux comme le réseau PREPSY ou RÉHPI à Saint Egrève sont à peu près identiques : on répond aux besoins des populations, on facilite le repérage précoce, l'accès aux soins, la coordination et l'interdisciplinarité ; on propose une offre de service adaptée, on participe aux actions de santé publique, et en particulier on augmente le niveau de formation et de compétences des professionnels, de leur entourage, des familles et des patients eux-mêmes, en complémentarité avec tous les acteurs. Les prestations vont vers les usagers et vers les professionnels : de sensibilisation, d'accompagnement et d'évaluation des besoins psychosociaux.

Les moyens d'action consistent dans la fabrication d'une communauté d'acteurs autour du patient. Il faut arriver à ce que le patient soit entouré de son médecin généraliste, de son psychiatre traitant, de son psychologue traitant, de son médecin scolaire le cas échéant, et de la déclinaison de tous les acteurs médico-sociaux qui peuvent le soutenir, ce qu'on appelle « le filet de sécurité ». Il faut absolument éviter ce qu'on appelle les « perdus de vue ». Je vous rappelle une étude d'Hélène Verdoux à Bordeaux qui dit que 50% des patients qui sont passés dans un CMP pour la première fois sont perdus de vue à deux ans, d'où l'importance d'organiser ce suivi actif. Et bien sûr, on évalue notre action au quotidien.

L'approche est interdisciplinaire : on est dans la logique d'accompagnement, avec des partenariats opérationnels, avec l'UNAFAM, PREPSY, France Dépression, Schizo-Oui, qui sont autant d'associations et de professionnels avec lesquels nous avons des contrats. Nous avons un document qu'on distribue, coédité avec l'UNAFAM et PREPSY où l'on explique en quelques mots « Si votre jeune vous pose des questions, n'hésitez pas à nous téléphoner, etc., etc. » et nous essayons de sensibiliser les professionnels, en particulier de l'Education Nationale – ce pour quoi on a obtenu un financement du PRAPS en 2007.

C'était pour vous montrer comment on considère notre patient au centre du réseau. Vous-mêmes, vous êtes au centre du réseau, parce que le réseau doit prendre en compte, organiser, proposer toutes les interactions nécessaires et utiles, et l'un de nos métiers est d'arriver à délimiter 70 métiers différents qui peuvent intervenir à un moment ou à un autre sur la trajectoire du patient, c'est très vaste. Il faut construire ce parcours de soin coordonné pour constituer le filet de sécurité, maintenir la cohérence des interventions entre les professionnels de santé. Il y a des cafouillages fréquents qui sont quasiment naturels, on doit les attendre, et améliorer l'observance thérapeutique. Ce qu'on appelle « constituer le maillage autour du patient », c'est ça : on repère la famille, la scolarité, l'emploi, le médecin généraliste, le suivi psy, les programmes locaux, le médico-social, et on mobilise les acteurs au bénéfice du projet.

Nous sommes opérationnels à PREPSY depuis 2004 ; notre service est gratuit : ça ne coûte pas un centime, ni au patient ni au médecin généraliste, ce n'est pas sectorisé, c'est inter-méta-sectoriel, c'est de la collaboration entre professionnels et on ne fait pas la différence entre les hospitaliers ou les libéraux, les patients ou leurs familles, considérant qu'ils ont tous les mêmes besoins. Nous sommes en contact permanent avec eux, via l'infirmière coordinatrice en particulier. Les accès au bilan sont des accès ultra rapides, parce que nous entretenons des liens en permanence avec nos collaborateurs, à l'hôpital ou en ville. Si on veut un scanner, on l'a très rapidement, si on veut un bilan psychologique, on l'a très rapidement. Notre délai moyen de contact avec le bilan est de 3 jours. Nous faisons la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Je vous rappelle qu'adhérer à un réseau comme PREPSY, c'est 50 points EPP (Evaluation de la pratiques professionnelles)⁵ et ça ne vous coûte pas un sou. On met en relation systématiquement les patients et leurs familles avec les associations d'usagers locales.

⁵ Pour valider ses obligations de Formation Médicale Continue (FMC) et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), le médecin doit obtenir 250 crédits (points) en 5 ans.

Quant à nos résultats, je vous en donne les principaux : plus de 900 patients ont été inclus depuis le 1^{er} janvier 2004, 200 sont professionnels signataires de notre charte, que vous pouvez télécharger facilement sur notre site Internet, 1500 professionnels ont été formés, dont 60% de généralistes, et je tiens à préciser – petite fierté pour nous – l'intégralité des professionnels de santé de l'éducation nationale, toutes les infirmières et tous les médecins scolaires du bassin de Paris ont été formés au moins une fois à PREPSY.

Nous nous basons beaucoup sur le management en santé mentale, en particulier sur le management par la qualité, nous avons une démarche de certification en cours par la Fondation Européenne pour le Management par la Qualité. Nous avons un système d'informations qui est un ordinateur très puissant qui gère en permanence les données et les alertes. On peut tracer en permanence la position des patients, mais chose inhabituelle je pense, unique en France, le logiciel gère la formation des professionnels. Quand on rentre le nom d'un patient, on rentre les noms de toute l'équipe de médecins qui tourne autour de lui et la prochaine formation leur sera attribuée en priorité. On gère aussi l'indemnisation des professionnels. Participer à une formation FMC de PREPSY pour un généraliste, c'est 120 euros d'indemnisation. Nous avons également un volet « service à la personne », avec de l'aide à domicile par exemple, la coordination médicale avec deux programmes sur lesquels on compte beaucoup : un programme de retour à la scolarité des jeunes atteints de troubles psychiques débutants et un programme de détection des maladies mentales chez des jeunes consommateurs abusifs de cannabis. En ce qui concerne la formation, il y a un Diplôme universitaire qui va se mettre en place en septembre de « management et innovation en santé mentale ». Nous avons un pôle de développement, d'ingénierie des réseaux, et c'est grâce à ce pôle de développement qu'on a pu accompagner la mise en place du réseau RÉHPI en particulier ou d'AG 13 à Marseille. Nous avons une dizaine de réseaux à notre actif.

Nous sommes un réseau de santé agréé par l'ARH ; nous sommes inscrits dans le schéma régional d'organisation sanitaire de Paris et inscrits au programme de la Haute Autorité de Santé pour une recommandation professionnelle sur la détection précoce des psychoses débutantes. Nous sommes conventionnés avec l'hôpital Sainte Anne à Paris, avec toutes les associations d'usagers, avec une unité INSERM, le centre collaborateur d'OMS – je regrette l'absence des docteurs Piel et Roelandt qui nous ont fait l'honneur de nous accueillir. Nous sommes membres d'une association internationale de détection précoce des maladies mentales. J'ai enfin la chance d'être partenaire, avec mon collègue Saïd Acef, de la Mission nationale d'appui en santé mentale.

En ce qui concerne le nerf de la guerre, le problème crucial du financement : comment fait-on pour financer des élaborations de dispositifs aussi complexes ? L'ARH nous fait confiance depuis quatre ans maintenant, comme l'URCAM Ile de France, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, la DDASS, la CPAM. On a le privilège d'avoir vu renouvelé deux fois le soutien de la Fondation de France, de la Fondation pour l'Enfance et des opérateurs hospitaliers qui nous demandent d'intervenir en termes d'ingénierie. Je vous remercie de votre attention. Si vous avez besoin de documents, vous pouvez les télécharger sur www.prepsy.org.

On va passer aux questions, je voudrais qu'on ait une vision d'ensemble. Je me suis permis d'intervenir sur mon action ; il y a probablement des réactions qui peuvent englober les actions des communes, en particulier.

Alice Conte Jansen/ Je travaille pour la politique de la ville à Oullins, dans l'agglomération lyonnaise. C'était une question pratique sur l'observatoire dont vous avez parlé entre Villeurbanne, Grenoble, etc. Je voulais savoir qui le portait, si c'était le CRDSU par exemple ?

Marina Girod de l'Ain/ C'est vraiment une volonté des élus et des services. C'est compliqué à mettre en œuvre, ne serait-ce que pour des questions d'agenda. Mais au départ, c'est vraiment une volonté politique. Les thématiques sur lesquelles on travaille dans nos cinq villes, qui sont les questions de santé mentale et les questions de bruit, une autre question très urbaine, ont été choisies et même voté par nos cinq villes. Ce sont les villes santé OMS dans la Région Rhône Alpes, avec Genève en plus. Pour Lyon, c'est en même temps la santé et la politique de la ville qui sont présentes, mais aussi toute l'hygiène et la salubrité avec leur bureau d'hygiène.

Serge Kannas/ Peut-être je peux me risquer à un commentaire. Je me disais en écoutant les différentes interventions à quel point vous étiez minoritaires. Une partie de mon travail consiste à voyager dans la psychiatrie française et en général, ce qu'on observe, sans trop globaliser, dans ce qui représente près de 40% des équipes psychiatriques du territoire national et des DOM TOM, c'est une psychiatrie publique peu engagée, même quand elle a des moyens significatifs et peu ouverte sur l'environnement social, peu mobile et peu réactive. S'agissant des élus – je parlerai plutôt de mon expérience avec des élus départementaux, à la fois parce qu'ils sont représentés dans les conseils d'administration des hôpitaux psychiatriques et en première ligne dans les questions d'articulation entre la psychiatrie et le handicap – on est dans une période de crispation évidente, avec les lois de décentralisation, les transferts de charge, la période pré-électorale... Mais en général, ce que les élus disent, c'est: « vous êtes bien gentils avec vos questions de psychiatrie, qui concernent le social ou le médico-social, mais nous, on a déjà nos problèmes de transfert de charges, on a l'allocation personnalisée d'autonomie, la maison du handicap, donc l'ouverture de la psychiatrie sur le social, c'est bien, mais pas un sous de plus, alors débrouillez-vous, même si on sait bien qu'on doit travailler ensemble ». Si je mets tout ça bout à bout, je dirais que ce que j'ai entendu aujourd'hui est très minoritaire, et en même temps, je suis convaincu qu'il n'y a pas d'avenir dans les transformations nécessaires de la psychiatrie si elle ne s'ouvre pas sur la question qu'on peut appeler sociale, psychosociale, sur la santé mentale. En tout cas, c'est une question nécessaire parce qu'elle s'accompagne de la mobilité et de la réactivité dont ont besoin les utilisateurs et si, d'un autre côté, les collectifs au sens large ne s'engagent pas dans ces questions de santé, même si ce n'est pas complètement leur compétence, je crains qu'on ne perde encore beaucoup de temps.

Loïck Villerbu/ Merci à ceux qui m'ont invité. Ce que j'ai entendu aujourd'hui a conforté certains de mes points de vue, en a désorienté d'autres et en a effrayé certains. Je pensais en écoutant l'exposé de mon voisin à un polar que j'ai vu à la télé. Je suis un psychologue hospitalier d'abord. J'ai travaillé en hôpital

psychiatrique pendant une quinzaine d'années avant de produire, comme beaucoup de psychologues, une thèse, et de partir à l'université, mais en restant attaché à mes racines et à ma maison mère, qui est l'hôpital psychiatrique. Une série d'opportunités m'a amené à aller voir et à consulter de l'autre côté des murs, c'est à dire en prison et je suis devenu un psychologue expert depuis une vingtaine d'années. Je combine donc les casquettes et les compétences, à la fois de clinique hospitalière et de clinique carcérale, en même temps que de clinique des petits et des grands criminels. Arrivé presque en fin de carrière, mon interrogation s'est suspendue à cette conjonction, à ce carrefour, qui va fonder le droit et la psychiatrie : c'est ce carrefour-là qui m'intéresse. Ce sont les interrogations éthiques et cliniques qui émanent de ce champ-là qui continuent à m'animer et à me passionner. Pour en revenir à mon film, c'était samedi ou dimanche, les services du FBI un peu déviants avaient monté un coup qui était l'assassinat d'un homme politique. Ces services déviants usaient de tous les moyens logistiques les plus modernes, caméras, GPS, satellite, etc. On voyait extrêmement bien comment les réseaux modernes de communication pouvaient créer des réseaux, des maillages. Ca m'a fait un peu peur ce que notre collègue Guy Gozlan pouvait dire. Ca me faisait penser à « zéro de conduite », à tous ces débats dans lesquels le psychologue s'est trouvé engagé.

Mon interrogation suit aujourd'hui la traîne des actions scientifiques de terrain que j'ai pu mener. En dehors du champ criminologique au sens strict du terme, j'ai été amené à faire suite aux commandes, qui tenaient tant aux collectivités territoriales qu'aux ministères et à travailler sur les questions de déviance, qui sont toujours à la limite de la criminalité. Par exemple, l'un des plus gros bailleurs de l'Ouest qui a maintenant des intérêts un peu partout, nous a demandé, il y a quelques années, comment faire avec des locataires qui ne font qu'embêter leurs voisins. C'était donc du privé, du semi-privé, mais on a construit un protocole. Et depuis, il y a une psychologue qui est chargée d'étudier ces questions-là, et qui a formé un très grand nombre d'agents des collectivités, de la ville et d'ailleurs. Et puis, nous avons également été amenés à répondre à une commande de la ville de Rennes sur les jeunes errants de la ville: Quel est leur circuit, leur parcours dans la ville? Qu'est-ce qui est possible de faire dans la ville pour faire en sorte qu'ils soient eux-mêmes le moins en danger? Ce n'était pas du tout pour les intégrer mais pour qu'ils soient moins en danger. Il y a aussi la Roche sur Yon, en Vendée, qui nous a dit : « Nous avons tellement de services qui prennent en charge ceux qui ont des problèmes, est-ce que vous pouvez nous aider à y voir plus clair? », ce qui a été passionnant. On a rencontré des gens extrêmement passionnants. La ville de Rennes nous a demandé ensuite de travailler sur le voisinage, parce qu'on faisait une étude sur les personnes qu'on appelait les prostituées, que nous avons appelé depuis les personnes « qui ont une pratique sexuelle tarifée » pour ne pas les stigmatiser et pour envisager leur état non pas comme un stigmate mais comme un passage dans l'existence. Qu'est-ce que ça produisait dans le voisinage? Cette question du voisin est celle qui me passionne. A travers le voisin, à travers ce qui fonde l'usage, à travers ce qui est civil et incivil, et à travers ce qui renvoie à de la règle, à de la loi, mais aussi à un caractère sacré, on touche à la coutume. Qu'est-ce qui nous ordonne? Qu'est-ce qui nous conduit? Qu'est-ce que nous pouvons imaginer, de telle façon que si nous avons en perspective le citoyen, nous voyons également « sous le citoyen », des porteurs de projets, des voisins, des croyants, et avec tout cela, il faut faire quelque chose. On ne traite pas tout ce monde-là de la même manière. Il faut avoir des perspectives différenciées. J'en arrive au fond à la fin à une thèse à laquelle Monsieur Furtos était invité, à

laquelle il n'a pas pu venir, sur les SDF, que je préférerais appeler « les sous résidences insolentes », parce qu'au fond, à partir du moment où nous ne définissons plus l'autre, notre presque voisin, qu'à partir de ses caractéristiques spatiales, à partir du moment où on change les données du problème, où on change la manière dont on énonce le problème, il y a éventuellement d'autres questions qui peuvent surgir. Je conseille à tout le monde de lire cette thèse passionnante.

Le dernier point que je veux souligner, et c'est que ce qui m'a semblé passionnant aujourd'hui, c'est la question de la légitimité. Aujourd'hui, j'ai entendu parler de légitimité : quelle est la légitimité de la ville et de ses élus à intervenir ? Je le savais, bien sûr, le pouvoir de police du maire, etc., j'en connais le b.a-ba, mais vous m'avez fait sentir ce que ça voulait dire concrètement. A travers le maire, c'est mon voisin, c'est l'élus, c'est celui à qui je donne du pouvoir, qui est susceptible d'en avoir sur moi un jour ou l'autre, si ma raison s'en va, d'une certaine manière. Cette question de la légitimité me paraît fondamentale. Comment construire cette légitimité ? Vous pouvez la construire en vous adressant à un spécialiste. Je suis un spécialiste, oui c'est vrai, je suis un universitaire, un psychiatre est un spécialiste, c'est vrai. Vous, élus, vous pouvez nous instrumentaliser comme vous voulez de toute façon, vous pouvez créer des utopies comme vous voulez, mais quelle est la puissance qu'on peut avoir pour s'en défaire ? Parce qu'au fond, si nous sommes contents de participer à cette œuvre publique et sociale qui est la vôtre, il n'empêche qu'il y a toujours cette réticence : jusqu'où pouvons-nous aller ? Jusqu'où pouvez vous utiliser les ressources scientifiques qui sont les nôtres ? La question de fond, c'est bien celle de la légitimité entre l'expert, le savant et le politique.

Patricia Saraux/ Je suis médecin en santé publique de la ville de Brest et j'ai un autre mi-temps où je m'occupe de personnes en difficultés sociales, dans un dispensaire, depuis presque 14 ans. On a mis en place à Brest un Conseil local de santé mentale et ce qui nous a motivé, c'est la qualité de vie d'un citoyen comme un autre dans la ville. Qu'est-ce qu'on peut offrir à un citoyen qui est porteur d'une maladie psychiatrique grave, qu'est-ce qu'une ville peut offrir à cette personne, à sa famille, à tous ceux qui s'en occupent, pour améliorer la qualité de vie de cette personne ? Tout le monde, je pense, est dans ce cadre là. Comment peut-on améliorer la qualité de vie ? La norme disparaît là-dedans puisqu'il s'agit de la qualité de vie de la personne.

Serge Kannas/ Il y a des débuts de réponse assez naturels. Tout le monde sait aujourd'hui comment on peut adapter une ville à un non voyant, à une maman avec sa poussette ou à quelqu'un qui est handicapé. Tout le monde le partage à peu près. Par contre, tout le monde n'est pas d'accord sur la façon d'adapter une ville à un schizophrène en particulier. Il y a peut-être aussi une clinique de la compréhension pour saisir ce que sont les troubles psychiques, le fonctionnement mental, les troubles cognitifs d'un schizophrène, sachant par exemple qu'un schizophrène, à partir du moment où il est tombé malade, n'a que cinq minutes d'attention par heure. Ce n'est pas beaucoup. Avec cinq minutes, vous avez du mal à vous déplacer de chez vous au centre d'action sociale ou au dispensaire, il faut en tenir compte. Des éléments aussi simples que ça sont des débuts de réponse.

Jean Furtos, on va vous demander de conclure en l'absence d'Eric Piel, qui s'est excusé.

CONCLUSION

Jean Furtos, psychiatre chef de service, directeur de l'ORSPERE-ONSMP

Jean Furtos/ Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, je pensais venir cet après midi « décontracté ». Ce matin, j'avais une réunion prévue depuis longtemps au CCAS de Grenoble, donc je me faisais un devoir et un plaisir de venir cet après-midi, en particulier pour venir écouter Eric Piel, qui fait partie du comité de rédaction *Rhizome* mais que l'on voit rarement. Ce matin, Marina Girod de l'Ain m'a appelé en me disant qu'il y avait un petit problème. Bien sûr, j'ai accepté de remplacer Eric Piel au pied levé.

Il n'est pas question de reprendre ce qu'ont dit les uns et les autres, sauf peut-être à reparler de la façon dont, à l'Observatoire National sur les Pratiques en Santé Mentale et Précarité, on a pris conscience du rôle des maires. La légitimité, c'est important : comment a-t-on pris conscience que quelque chose d'autre que les professionnels existait ? C'était pour la préparation d'un séminaire clinique national. A l'époque, on en organisait tous les ans, c'était en 2000 au Monastère le Corbusier, où quelques collègues et penseurs de toute la France venaient penser sur un sujet. Cette année-là, au comité scientifique, les cliniciens étaient minoritaires et il y avait des décideurs qui ont dit : « et si on travaillait sur le rôle des décideurs en santé mentale » ? Moi, ça ne me disait absolument rien mais on a décidé quand même d'aborder ce thème en insistant sur les politiques. Il y a eu différents politiques : sénateurs, conseillers généraux, maires et adjoints. Et à notre surprise, nous nous sommes aperçus que les maires et les adjoints avaient une vision extrêmement précise de ce qu'est que la santé mentale. Ils connaissaient leur ville, rue par rue, quartier par quartier, et pour les maires et les adjoints des villes moyennes, presque famille par famille pour les familles compliquées. J'avoue que j'ai appris des choses sur la sémiologie psychiatrique vue du côté des élus. Parce que les élus sont en première ligne, ils reçoivent un certain nombre de personnes dans leurs permanences et ils ont une vision extrêmement clinique, centrée sur le sujet et son discours, mais également une vision globale en tant que maires.

D'un seul coup, la santé mentale, qui était organisée à l'époque selon les modèles professionnels du « bon psychologue », du « bon psychiatre », du « bon infirmier », du « bon travailleur social », s'est trouvée élargie à la dimension de la cité. Il y a des gens en charge, légitimes, qui se préoccupent de leurs concitoyens en termes de santé mentale. Ça ne veut pas dire que les députés ou les sénateurs ne s'en préoccupent pas, mais ce n'est pas pareil quand on connaît les gens et quand on ne les connaît pas. Les élus locaux s'en préoccupent avec une connaissance de terrain qui monte en généralité, et ils ont des pratiques, par l'intermédiaire de leur médiation d'élus, des subventions aux associations, des lettres de recommandation, de leur présence lors de manifestations, de catastrophes sociales, de fermetures d'usine, d'émeutes : être là, sur le terrain, ce n'est pas pareil que travailler comme psychiatre de secteur ou infirmier de secteur. Nous aussi, nous sommes là – je suis psychiatre de secteur – mais ce n'est pas pareil. C'est depuis ce moment-là, vers 2000-2001, que nous avons eu cette vision de la santé mentale non psychiatrique, citoyenne, qui est un peu différente de celle du Docteur Roelandt, notre collègue très estimé. Je dirai tout à l'heure pourquoi nous avons des visions complémentaires.

Le problème pour les maires et les maires adjoints pour faire de la santé mentale, est d'accepter d'être bouleversé, perturbé ; il faut accepter d'être en

malaise. Ce qui se passe actuellement est du registre des souffrances individuelles qui ensemble posent un problème politique. Etant donné que les Droits de l'Homme ont été « vendus » au monde entier, les problématiques, y compris, politiques, se posent toujours de manière individuelle mais au sein d'une groupalité petite, large ou planétaire. C'est au sein de la groupalité de leur cité que les maires qui ont une éthique et qui acceptent de ne pas être blindés, ont un malaise, et ce qu'ils font de ce malaise est une préoccupation de santé mentale. Nous nous sommes aperçus à l'ORSPERE, en faisant un travail commandité par la DIV, –un petit livre a été édité sur « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique » – que le fait d'éprouver de la sollicitude, de l'identification, pose une question : comment ne pas changer de métier ? Comme le disait le Docteur Murry tout à l'heure, comment les maires ne deviennent pas psy, comment tout le monde ne doit pas devenir psy mais doit avoir une connaissance psychologique dans le cadre de sa position ?

Pour cela, il me semble que les maires s'appuient sur deux éléments :

- le premier, c'est l'individualisation des problèmes, du fait des Droits de l'Homme, de la société des individus, où il y a à la fois la grandeur et la misère de l'individu, son atomisation, son isolement. Il y a une individualisation des problèmes sociaux, de la souffrance, et en même temps, comment vont-ils garder un rapport à la groupalité ? Tout à l'heure, un collègue le disait, il faut se « centrer sur le patient ». Moi, je dis, certes, il faut se centrer sur le patient au lieu d'être centré sur le médecin. La santé n'est pas centrée sur le médecin mais sur le patient. Mais si elle n'est que centrée sur le patient, on n'a que des individus coupés du groupe, ce qui fait l'exclusion. Je ne pense pas qu'on ait intérêt, sauf à titre dialectique, avec le caractère médico-centré de la médecine, de dire « l'éducation centrée sur l'élève », « la santé centrée sur le patient », etc. C'est un moment dialectique qu'il faut le dépasser. Comment cet individu tout seul, atomisé, va-t-il être pris en compte dans son groupe social ?
- Les psys ont un travail sur la groupalité, les maires ont un travail sur la groupalité. Cette groupalité est l'antidote de l'exclusion dont on parle beaucoup aujourd'hui. Ne pas avoir la groupalité dans sa pratique, c'est favoriser l'exclusion, produire des sommes d'individus.

C'est dans ce sens que les élus et les décideurs politiques en général ont un rapport consubstantiel à la groupalité, donc consubstantiellement, ils sont anti-excluant et doivent avoir au moins une obsession : avoir un souci de la sécurité qui ne soit pas un souci sécuritaire, c'est à dire qui ne soit pas construit sur la persécution. La sécurité, c'est comment vivre en confiance dans un groupe. Il faut faire attention à tous les éléments qui renforcent la persécution. La loi anti-tabac par exemple, outre que c'est une loi de santé publique, transforme tout le monde en assassin virtuel de l'autre par la fumée, transforme toute la hiérarchie en policier anti-tabac, ce qui est une catastrophe anthropologique. Si on suivait la loi, tous ceux qui ont un petit galon, y compris les surveillants des SDF dans les foyers, doivent se transformer en policier et dire « tu ne fumes pas ». On peut rappeler la loi mais de là à devenir policier quand ce n'est pas son métier, il y a un pas. On voit très bien que ce n'est pas la faute de la loi, mais dans un contexte sécuritaire, tout prend une allure persécutoire. Le rôle des élus est de lutter de toutes leurs forces contre cette tendance à la persécution de tous par tous, contre « l'homme loup pour l'homme » qu'avait décrit Thomas Hobbes à l'époque où l'on changeait de régime en Angleterre au XVIIème siècle. Toutes les fois que l'on est entre plusieurs modèles de société, l'individualisation éveille des

fantasmes persécutoires, et l'un des risques, c'est la persécution de l'autre, c'est l'isolement, l'atomisation des individus.

Maintenant, je voudrais parler en tant que psychiatre pour dire que, bien sûr, les maladies mentales, dans l'état actuel de la science, représentent quelque chose de spécifique. Dans l'état actuel de la science, il y a des obligations de bonnes pratiques. Oui, bien sûr, si on peut faire des diagnostics précoces, c'est plutôt mieux que de faire des diagnostics tardifs. Mais il faut contextualiser cela dans le même temps, c'est à dire, que, quand l'étude de l'OMS diligentée par Jean-Luc Roelandt et son groupe du centre collaborateur de l'OMS montre qu'il y a entre 35 et 45% des gens qui ont des symptômes de troubles psychiatriques dans les 10 ou 12 pays enquêtés, il faut faire attention à notre manière de catégoriser : il y a des symptômes, mais il ne faut pas oublier que l'homme ou la femme, est un animal qui ne fonctionne qu'en se détraquant. Le fait d'avoir des troubles en soi même n'est pas pathologique ; ce qui est pathologique, c'est qu'ils empêchent de vivre. Il faut toujours avoir en perspective que le fait d'avoir des troubles fait partie anthropologiquement de l'individu. Au prochain congrès organisé par Jean-Luc Roelandt et l'Observatoire de l'OMS, je vais justement proposer que, dans la définition de la santé mentale de l'OMS, soit inscrite la question de la souffrance et du dysfonctionnement. Il est normal, naturel, pour un être humain de souffrir et de dysfonctionner. Le problème, c'est comment celui-ci va être dans son groupe, comment l'état de la science va l'aider à être plus apaisé, à se maintenir dans un bon fonctionnement bio-psycho-social. Il faut toujours se souvenir que nous, les êtres humains, nous ne sommes pas des postes de télévision, nous fonctionnons en permanence en nous détraquant. Si nous oublions cela, nous entrons dans la psychiatisation.

Dernière chose sur ce point : j'ai assisté aux premiers congrès, dont un a été organisé à Lyon par mon ami le professeur Jean Daléry sur la question du diagnostic précoce de la schizophrénie. C'est très important de diagnostiquer précocement la schizophrénie et les troubles bipolaires chez les adolescents et les enfants. Ce qui serait grave, c'est que le lobby pharmaceutique, qui attend cette opportunité avec impatience, en profite pour faire ce qui a été fait aux Etats Unis avec les enfants agités, c'est à dire que le traitement soit la neuroleptisation précoce. Je sais bien que ce que notre collègue a dit tout à l'heure était infiniment nuancé et que cela mérite d'être développé. Mais ce que je veux dire dans le diagnostic précoce, et je comprends ce que disait à ce propos Loïck Villerbu, c'est que la prévention ne doit pas devenir la prédiction. Si la prévention devient la prédiction et si la prévention devient le traitement neuroleptique pour les jeunes enfants et les adolescents, nous sommes mal partis et c'est une transformation anthropologique à laquelle il faut faire attention, quand on a un brin de responsabilité. Dans le même temps, il faut souligner le fait que le diagnostic précoce est une chose intelligente et utile.

Je vais terminer en disant que peut-être dans votre association, vous n'avez pas beaucoup parlé de ruralité. J'en parle d'autant plus que mon père, qui est encore vivant, était un maire rural. En tant que fils de mon père, j'ai vu défiler à la maison, y compris le week-end, les gens du village qui venaient parler de leur santé, de leurs soucis, de leurs vaches... Je ne sais pas si la ruralité existe encore, mais le fait de vivre en dehors des grandes villes et même des villes moyennes, est quelque chose de spécifique. Il y a beaucoup d'exclusion, beaucoup de précarité. Avec *Rhizome*, nous avons une dette, pas pour le

prochain numéro mais pour le suivant, nous ferons un numéro sur la précarité dans la ruralité. Il ne faut pas oublier les petites communes.

En ce qui concerne le rôle des maires, je rappellerai pour terminer ce qu'a dit Lion Murard dans son travail sur l'histoire de la santé publique : c'est là où les villes se sont engagées que la santé publique s'est développée. Une loi ne suffit pas. La loi donne un cadre général, surtout en France. Le rapport à la loi, à l'Etat est important mais ce sont dans les villes où les municipalités avaient un souci de santé publique que des actions de l'ordre de l'hygiène publique, comme on l'appelait à l'époque, se sont mises en place. Un souci politique et médical liés, un souci appliqué aux inégalités sociales, a donné des effets sur la santé, à Liverpool ou en France au XIXème siècle, et cela a été bien étudié. Les villes s'en soucient parce qu'elles ont un rapport de proximité avec leurs habitants ; elles sont « sur le terrain ». Les DDASS, les conseillers généraux et régionaux également, mais de plus loin.

Je voudrais terminer sur une sorte de définition de la santé mentale que Loïck Villerbu a appelée de ses vœux en parlant des troubles du voisinage. Nous faisons des recherches sur les troubles du voisinage, sur ce que c'est de voisiner à côté d'un homme ou d'une femme qui est étiqueté malade mental(e), toxicomane, jeune azimuté(e), étranger(e) ne connaissant pas les coutumes, en grande précarité, atypiques... Comment fait-on pour vivre ensemble en gardant une santé mentale convenable ? La conjonction des maires, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des associations, des associations d'usagers est extrêmement importante. Serge Kannas demandait tout à l'heure combien de villes ont ce souci. Je ne sais pas combien de villes ont cette préoccupation de santé mentale. On n'a pas une vision exacte de la sollicitude des maires des grandes villes mais on a une vision exacte de cette préoccupation au niveau des adjoints. Les maires des grandes villes sont dans la superstructure et ils délèguent. Nous nous sommes aperçus dans le groupe avec lequel nous avons travaillé, que dans les grandes villes, ce sont les maires adjoints qui sont sur le terrain. Evidemment, à eux appartient le fait de convaincre le maire de la nécessité de prendre certaines décisions comme la création d'un conseil local de santé mentale, à Grenoble par exemple mais également dans d'autres villes de France. Pour terminer, je dirais que j'ai bien aimé une chose dans votre programme : ce sont les mots « formation et citoyenneté ». C'est bien parce que « le maire et le psychiatre », ça me faisait un peu peur car il peut y avoir une collusion entre le maire et le psychiatre, une sorte de bipolarité : et les médecins généralistes ? Et tous les autres ? C'était provocateur ce titre ? Alors c'est réussi. En tout cas, j'avoue que je me sens partie prenante de votre démarche.

Laurent El Ghozi/ Merci Jean Furtos. J'ai une tâche difficile. Eric Piel nous a envoyé son texte, qui est long. Il est 16h30 et certains commencent déjà à partir. Je ne vais pas avoir le temps de tout dire, je vais essayer d'en retirer quelques éléments. J'ai moi-même évidemment quelques réflexions par rapport à tout ce qui s'est dit, par rapport au travail qu'on essaye de faire avec tous les élus de « Elus, santé publique & territoires ». Un mot sur « formation et citoyenneté » : « Formation et citoyenneté » que je remercie de nous avoir accompagné tout au long de cette journée, est un organisme de formation qui s'intéresse aux questions de citoyenneté et en particulier à la formation des élus locaux. Un certain nombre d'entre vous sont déjà passés par cet organisme, cela a effectivement du sens pour cette journée.

Deuxième remarque, pour reprendre ce qu'a dit Serge Kannas, nous sommes minoritaires et nous avons raison. Certes, il faut l'assumer, nous le sommes et nous continuerons.

Troisième remarque à propos de ce que disait Loïck Villerbu sur la question du voisin et de l'attention à l'autre. Si on est élu, on est élu avec les voix des autres, donc un certain nombre de gens nous ont donné leur voix pour que nous la portions et que nous en fassions quelque chose. Quand le lien social se défait, le fait d'être porteur de la voix de tous ceux qui nous l'ont donné, donne la responsabilité de rassembler toutes ces voix et d'en faire société. Quand on essaie de faire en sorte que la santé mentale soit « de la psychiatrie élargie à la cité », pour passer de l'individu souffrant au groupe vivant ensemble, comme le disait Jean Furtos, on est bien dans la responsabilité du maire, en tant qu'il rassemble les voix qui se sont portées sur lui. C'est ce que nous essayons de faire avec vous.

« Le rôle des élus en matière de santé mentale »

Document transmis par Eric Piel, psychiatre chef de service, co-auteur du Rapport de mission " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale" remis au Ministère de la Santé (juillet 2001)

De la circulaire fondatrice en 1960 jusqu'en fin 1985, avec la loi qui officialise la sectorisation en psychiatrie publique, et malgré des différences dans son application entre les divers secteurs, il est admis que la France était en avance sur ses voisins européens. Le concept de soins de proximité et de continuité par une même équipe sur un territoire de taille adaptée aux missions de prévention, de soins, de post-cure et d'insertion, comme on disait alors, a été presque partout reconnu et adopté par de très nombreux pays.

Il est communément admis que, depuis cette date, la dynamique, la diversité et l'inventivité des solutions localement mises en place par les équipes de psychiatrie publique ont globalement et peu à peu décliné pour ne plus évoluer sur le même rythme.

Il est également admis que la situation actuelle de la France en ce domaine est plutôt en fin de peloton des pays européens. On peut évidemment penser ici à l'Italie mais aussi à l'Angleterre, à la Suède, à la Hollande, à certains Länder allemands, à certaines régions d'Espagne et maintenant à la Grèce... Et je n'oublierai pas l'organisation communautaire mise en place par les équipes de psychiatrie au Kosovo dans des conditions quasi clandestines...

Il y a quelques années un psychiatre italien, le docteur Rotelli, compagnon de Basaglia, avançait comme explication à ce phénomène que les financements de la psychiatrie publique en France étaient tellement conséquents que, nageant dans l'opulence, les psychiatres et les équipes n'avaient plus d'idées et plus assez de motivation pour l'invention ! C'est en effet un euphémisme de dire que l'engagement des psychiatres a été véritablement inégal pour mettre en place la sectorisation et surtout soigner autrement ainsi que celle-ci le sous-entend. En effet il s'agit de considérer que les malades mentaux sont d'abord des citoyens (tout comme quelqu'un qui souffre du diabète ou de troubles cardiaques) et de penser les stratégies de soins au-delà des strictes structures sanitaires (à l'image de ce qui s'est réalisé il y a quelques années pour les personnes atteintes du VIH). Cela demande un effort d'imagination et d'humilité, ce qui n'est pas obligatoirement à la portée de tous surtout quand on est confortablement installé dans son service hospitalier et que celui-ci est dans les murs des anciens asiles.

D'autres ont analysé la situation en invoquant la centralisation bureaucratique de notre système et son inertie générale. En effet, si une certaine dynamique de régionalisation existe en France depuis 20 ans. Dynamique à géométrie variable et dont on peut contester certaines modalités, dynamique dont la psychiatrie en particulier est écartée puisqu'elle reste gérée au niveau national ; ce n'est pas le moindre des paradoxes qu'une organisation de soins qui s'appuie sur les principes de proximité et de partenariats locaux soit pilotée du plus loin qu'il soit possible : au niveau national directement par les services centraux du Ministère de la Santé ! Et actuellement pas seulement par le Ministère de la Santé mais par celui de l'Intérieur, avec la bénédiction, pour ne pas parler de collaboration, du Ministre de la Santé lui-même !!! Bientôt il ne serait pas surprenant que le Ministère de la Défense donne son avis sur le dispositif de la psychiatrie publique ! Mais ceci est une autre histoire !

Il faut donc ici dénoncer encore une fois comme une décision très péjorative pour la réalisation et le développement de la sectorisation celle qui, fin 1985 disais-je en commençant, les a confiés aux directions hospitalières contrôlées directement par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins au Ministère de la Santé. La préoccupation de cette direction n'a jamais été, cela se saurait, de développer les soins publics dans la communauté. Et si cela était, les piètres résultats enregistrés, en psychiatrie et surtout en MCO, signeraient l'échec de cette administration sur ce point.

D'autres enfin font de la stigmatisation dont sont victimes tant les malades mentaux que les personnels qui s'occupent d'eux un obstacle insurmontable pour de nombreuses années encore et une autre raison pour expliquer la situation de la psychiatrie publique en France par rapport aux pays voisins en Europe.

Un dernier point, beaucoup plus récent c'est-à-dire ces dernières années, à peu près cinq comme par hasard, vient freiner encore un peu une évolution déjà lente : la diminution des budgets de la psychiatrie publique. La tendance se maquille d'une teinte de meilleure gestion, de meilleure utilisation des moyens existant, de la nécessité de tenir compte de l'ensemble des acteurs publics et privés d'un territoire (acteurs présents ou bien qui seraient intéressés au vu de conditions attrayantes d'entrée dans le club)... Mais on oublie de dire que les dés sont pipés puisque les cahiers des charges des uns et des autres ne sont pas identiques. Cette tendance se fait sentir de plus en plus lourdement sur les équipes de la psychiatrie publique et chaque semaine je suis informé de projet de départ de professionnels de la psychiatrie publique. La situation est déjà désespérée dans certains territoires en France. Elle devrait se généraliser dans les années à venir. D'autant plus que les prévisions démographiques, pour les médecins et aussi pour les infirmiers, vont encore aggraver les choses ...

Pour Guy Baillon « Le statut des malades mentaux reste l'exclusion. Il est temps de mettre fin à la peur de la maladie mentale. » Ne s'agit-il pas là d'un constat qui demande une réponse politique et professionnelle ?

Il ne serait possible de faire bouger sensiblement les lignes qui, sur ce thème, attachent ensemble les malades, les soignants, les administrations concernées, la société civile avec ses représentants élus et ses acteurs sur le terrain, qu'après des efforts conjoints sur plusieurs directions et pendant de nombreuses années.

Après ces considérations générales et quelque peu pessimistes, je souhaite, si vous me le permettez, mettre l'accent sur un aspect particulier, qui me paraît négligé, de la place des élus dans le dispositif de pilotage de la psychiatrie publique : le Conseil d'Administration des établissements publics de santé (EPS).

Nous souffrons, nous zélés professionnels du soin, de n'avoir d'autres interlocuteurs que les tout aussi zélés représentants de l'Etat (direction hospitalière et ARH). Nous vivons dans un huis clos, à l'intérieur de nos EPS, et ce depuis près de deux siècles.

Alors que la place et le rôle des élus locaux sont clairement déterminés dans nos institutions, ceux-ci ne pensent même pas en avoir une !

Pour ne pas refaire encore de l'histoire je me place dans la situation actuelle de réforme des établissements d'hospitalisation publics. Ce qu'il est convenu d'appeler la « nouvelle gouvernance ».

Il faut préciser que la psychiatrie publique est certainement la seule spécialité médicale qui, institutionnellement, pilote un dispositif en même temps hospitalier et « extra-hospitalier » dans la communauté. Il faut rappeler que 80% des patients suivis par la psychiatrie publique ne sont jamais hospitalisés. Il faut rappeler que les budgets alloués aux établissements hospitaliers concernent autant l'hôpital que les structures et les personnels implantés et travaillant en dehors de cet hôpital.

Je citerai Bernard Odier et Jean-Pierre Escaffre (2004) :

« Un modèle de politique de santé

La psychiatrie de secteur est un modèle intéressant de réponse intégrée aux demandes qui lui sont adressées. Elle est une palette de réponses graduées et différenciées. Elle est un réseau ville-hôpital. Elle subvertit le clivage hôpital/ambulatoire. Elle donne aux malades une place qui subvertit le modèle médical en leur offrant souvent une possibilité de participation à des associations. Elle se renforce d'une intégration des partenaires sociaux, des élus, etc. à travers les Conseils de santé mentale qui peuvent être départementaux ou de secteur. Elle est par nature très attentive à sa clientèle et à son évolution : elle peut faire évoluer de façon stratégique son mode d'engagement de moyens sous réserve que les soignants aient conservé une liberté de manœuvre suffisante. Le secteur peut servir de modèle organisationnel pour l'ensemble de la médecine [...] . La meilleure relance de la psychiatrie de secteur, ce serait sa généralisation. »⁶

Dans cette réforme importante qu'est la nouvelle gouvernance dans les établissements hospitaliers il faut savoir qu'une seule instance est décisionnelle : le Conseil d'Administration de l'hôpital. Puis-je me permettre de vous lister quelques-unes des 14 attributions de ces conseils d'administration :

- 1- Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens*
- 2- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences*
- 3- L'EPRD (Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses), ses modifications et ses annexes (notamment le tableau des effectifs)*
- 4- Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation*
- 5- Les structures*
- 6- La politique sociale*
- 7- La mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et de coopération définis par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel*
- 8- Les contrats de partenariats et les conventions conclues en application du code général des collectivités territoriales*
- 9- Le règlement intérieur*
- 10-*

Cette liste vous montre qu'effectivement le CA est l'instance qui dirige la politique de psychiatrie publique sectorisée sur le territoire de l'ensemble des secteurs rattachés à cet établissement.

⁶ Bernard Odier et Jean-Pierre Escaffre, « L'asphyxie programmée de la psychiatrie publique », *Le passant ordinaire*, Revue internationale de création et de pensée critique, n°49, juin-sept. 2004.

Pour vous donner un exemple de la composition de ces CA je vous détaille les 22 membres du CA de l'établissement où je travaille : l'EPS Esquirol. Dans cet établissement sont implantés aujourd'hui 6 secteurs adultes et 4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le territoire concerné s'étend sur une partie de deux départements (75 et 94). C'est une originalité mais ce n'est pas exceptionnel en France.

La composition du CA :

- 8 élus issus : 5 du Conseil Général de Paris, 1 du Conseil Général du Val de Marne, 1 de la municipalité de Saint Maurice, siège de l'établissement, 1 du Conseil Régional d'Ile de France*
- 4 médecins issus de la Commission Médicale de l'EPS*
- 1 membre de la CSI (commission de soins infirmiers)*
- 3 représentants des syndicats de l'EPS*
- 3 représentants des associations agréées d'usagers*
- 3 personnalités qualifiées dont une non médicale et un médecin non hospitalier*

8 membres sur 22 cela fait plus du tiers des membres de cette instance qui sont des élus territoriaux.

La nouvelle gouvernance établit le principe d'une désignation exclusive des représentants des collectivités territoriales par et parmi les membres de leurs assemblées délibérantes respectives.

La présidence du CA est, de droit, pour les EPS locaux et départementaux (la plupart des EPS psychiatriques) et, élue pour les établissements intercommunaux et inter-départementaux (CHU par exemple).

Pour les EPS communaux et départementaux donc, cette présidence de droit revient au Maire de la commune de rattachement ou au président du Conseil Général du département de rattachement.

Si le président de droit renonce à cette présidence celle-ci est alors élective (par et parmi les élus, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers, groupe où les élus sont également majoritaires).

Avec ces précisions (plus du tiers des membres et la présidence) il n'est plus possible de dire que les élus locaux n'ont qu'un rôle marginal dans le pilotage de la psychiatrie publique sur leur territoire.

Bien entendu j'ai dit tout à l'heure que le Ministère gardait la haute main sur la psychiatrie publique et que la régionalisation ne prenait pas en compte la santé. Cela signifie que les budgets attribués ne sont pas de compétence hospitalière mais de celle de l'ARH. Le Conseil d'Administration accepte ou pas le budget proposé. S'il ne l'accepte pas une négociation avec l'ARH est possible. Bien entendu, les marges de manœuvre du CA des EPS de psychiatrie publique sont faibles face au pouvoir de l'ARH.

Mais décider du projet de l'établissement, des stratégies soignantes qui le sous-tendent, des effectifs qui le conditionnent, des plans pluriannuels d'investissement, de l'adéquation ou non des budgets proposés par les tutelles en regard des activités et des besoins des populations ne sont pas des responsabilités négligeables et ce sont celles des Conseils d'Administration des établissements hospitaliers.

Cela signifie que les élus locaux, membres de ces Conseils d'Administration qu'ils président, ont un rôle essentiel dans la définition et la mise en acte des grandes orientations de cette politique de santé au plan local.

Les « hospitaliers » comme on dit, c'est-à-dire les soignants et les administratifs d'un hôpital ainsi que les fonctionnaires des tutelles que sont les DDASS, les ARH et les directions centrales (DHOS essentiellement) ne sont pas habitués à travailler, discuter, négocier, diverger parfois, avec aucune autre force et plus particulièrement avec les élus. Il est vrai que les directions hospitalières et leurs administrations de tutelle ne voient pas souvent d'un bon œil arriver des élus qui les questionnent et s'investissent dans leur rôle d'administrateurs et de représentants des citoyens du territoire. Mais ils sont également obligés de travailler avec ces mêmes élus aussi bien pour l'implantation des structures de soin dans la communauté que dans les décisions à prendre dans les CA des EPS.

Il est vrai que bien souvent les médecins et plus généralement les soignants ne partagent pas facilement leurs savoirs et qu'ils ont un grand chemin à faire dans ce sens. Mais la nécessité dans laquelle ils sont d'inscrire dans la communauté leurs actions (80% de leurs patients ne vont jamais à l'hôpital et les autres n'y restent plus comme au temps des asiles) les oblige à concevoir des partenariats avec les acteurs sociaux et à s'appuyer sur les élus locaux (par le biais notamment des Conseils Locaux de Santé Mentale ...).

Et vous, les élus locaux, vous penseriez que votre position n'est pas assez légitime dans cette arène ?

Il y a, à l'évidence, un changement des mentalités à opérer si l'on veut que chacun, comme c'est la réglementation, joue pleinement son rôle. Vous êtes des militants et vous savez mieux que personne que rien n'est obtenu sans efforts, sans concertation, sans débats, sans négociations.

Il est indispensable, et c'est maintenant devenu une demande pressante des « hospitaliers », que les élus locaux s'investissent dans la marche des EPS. On ne devrait plus voir des CA où les élus sont absents et où le président ne fait qu'entériner sans réflexions ni débats les décisions élaborées ailleurs (aussi bien dans l'EPS qu'au niveau des tutelles locales, départementales ou régionales). Il y a certainement à confronter les pratiques, les situations, les problématiques, les difficultés ...et donner la force du groupe aux démarches locales, régionales et nationales. Il y a certainement, au niveau des CA des établissements, à imaginer et mettre en œuvre une mise en valeur des différents apports que représentent les diverses personnalités membres de cette assemblée. Je pense aux représentants des usagers (familles et usagers eux-mêmes) qui ne sont pas souvent entendus ni même parfois écoutés.

Mais il y a plus à faire qu'à bien s'occuper du fonctionnement du CA. Que penser d'un président et de plus du tiers des membres d'un CA qui ne sauraient rien d'autre de l'établissement qu'ils dirigent que les dossiers mis à l'ordre du jour des séances ? Je suis certainement exigeant. Quelques-uns doivent penser que j'en fais trop comme d'habitude. Mais j'ai une idée, que je ne crois pas utopique, des capacités d'un élu et à fortiori d'un groupe d'élus quand ils veulent s'occuper véritablement d'un sujet. Et ce sujet est important et a des effets multiples sur la

vie des citoyens du territoire (santé, ordre public, citoyenneté, emplois, justice, logements, culture...).

Mais il faudrait peut-être aussi que les élus territoriaux concernés par ces CA se regroupent au niveau national, à l'image des directeurs d'EPS concernés par la gestion de la psychiatrie publique dans l'association ADESM, afin de mutualiser leurs réflexions et leurs forces et échanger avec ces partenaires sur un pied d'égalité en donnant ainsi à leur engagement un signal politique fort.

Bien entendu tout ceci devrait inciter à ce que la régionalisation en cours comprenne la santé afin de conférer aux acteurs territoriaux une cohérence et une responsabilité entières pour leurs actions.

Soins de proximité gérés au niveau national ! La régionalisation de la santé est un impératif ne serait-ce que pour la cohérence des décisions sanitaires et gestionnaires. Donc l'implication officielle des élus locaux est une nécessité !

« La psychiatrie est une question politique » dit-on. A plus forte raison la psychiatrie publique doit être considérée comme de la responsabilité directe des politiques. Pourquoi les politiques locaux en seraient-ils exclus ? Pourquoi ne seraient concernés que les élus nationaux et plus exactement les membres du gouvernement et les administrations centrales ? A l'heure de la régionalisation pourquoi la psychiatrie publique devrait-elle échapper à la responsabilité des élus régionaux et aux débats démocratiques ?

J'ai emprunté à Théodore Monod une définition de l'utopie qui me soutient quand je faiblis et qui me renforce quand je m'engage : « une utopie c'est un projet qui n'a pas encore été réalisé ».

Nous avons, je le sais, je le vois, je l'entends chaque jour, une vision de notre travail, de la place dans la société des personnes qui nous demandent de l'aide, qui est souvent considérée comme utopique par les non professionnels. Nous sommes des utopistes spécialisés !

Mon utopie aujourd'hui est de voir les élus dans nos institutions, pas seulement dans les hôpitaux mais également là où nous sommes dans la cité, avec leur regard et leurs exigences, avec leur engagement. Et pas seulement pour venir faire des discours lors des inaugurations !

Mon utopie aujourd'hui est partagée par de nombreux infirmiers, médecins, administratifs, techniques... bref, par un grand nombre d'« hospitaliers ».

Nous souhaitons confronter vos utopies aux nôtres !

CLOTURE

Laurent El Ghozi, maire adjoint à Nanterre, Président de l'association « Elus, Santé publique & Territoires »

Voilà quel le point de vue d'un psychiatre hospitalier, très impliqué dans la politique de santé mentale depuis des années, qui a donc l'expérience de la confrontation avec les élus de Paris, avec les responsables du ministère, voire avec les ministres. Je trouve qu'il est intéressant de le voir prendre une position aussi claire : les hospitaliers ont besoin des élus, les élus ont besoin des hospitaliers de la santé mentale.

C'est un message que je partage pleinement, comme beaucoup d'élus, membres ou non de « Elus, santé publique & territoires ». La psychiatrie publique ne répondra aux besoins croissants de la population, le secteur ne se renouvellera profondément en s'enracinant dans le tissu local que si les élus locaux s'impliquent pleinement. On l'a vu, toutes les expériences montrent qu'à chaque fois, c'est parce qu'un élu a été sollicité, confronté, impacté, bouleversé, qu'il a essayé de trouver des réponses par la construction de partenariats locaux. Mais que si cet élu n'accepte pas de s'impliquer, n'accepte pas d'être bouleversé, on en reste là, même s'il y a des réseaux, lesquels n'ont pas besoin des élus pour se mettre en place.

Il faut donc que les élus s'impliquent pleinement, dans les conseils d'administration des hôpitaux, certes, mais au-delà, en impulsant et en faisant vivre les conseils locaux en santé mentale, lieux de débats et d'orientation de la politique locale en santé mentale dont le secteur est l'instrument majeur.

Les expériences qui ont été présentées aujourd'hui sont, d'une certaine façon, des amorces de ce qui me paraît devoir être un aboutissement : la constitution véritable de conseils locaux en santé mentale. J'ai toutefois l'impression qu'il ne faut pas brûler les étapes. S'il n'y a pas eu d'abord, par le biais des cellules d'alerte et de tous les dispositifs évoqués, un travail suffisamment long et approfondi pour que de la confiance soit installée, pour que l'on soit capable de partager jusqu'au nom des gens dont on parle, si ce travail n'a pas été fait entre les différents acteurs, si les travailleurs de la santé mentale restent méfiants par rapport aux élus, il n'est évidemment pas question de créer un conseil local en santé mentale : ce sera une coquille vide, il ne s'y passera rien et on n'avancera pas. Il faut commencer modestement, à partir de problématiques qui réellement posent problème et empêchent de vivre. Je ne reviens pas sur la question de la souffrance psychique des élus, qui est réelle ; elle l'est aussi pour les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé mentale. Il faut partir de cette souffrance pour construire progressivement quelque chose qui pourrait aboutir à un conseil local en santé mentale. Voilà notre utopie !

L'un des rôles de « Elus, santé publique & territoires » est d'essayer de mobiliser les élus, de les informer, de vous informer, de travailler ensemble pour donner force et cohérence à ce discours. Nous avons besoin de vous tous pour y parvenir, pour faire bouger les réticences, oh ! combien importantes. Nous sommes minoritaires, je le sais, je l'ai dit, et il faut convaincre les pouvoirs publics que ça n'intéresse pas beaucoup. Etre perturbé par des exigences d'élus locaux n'est pas l'affaire de la DHOS ; c'est un peu plus l'affaire d'autres administrations, comme la DGS ou la DIV qui soutiennent l'action de « Elus, santé publique & territoires », mais globalement, ce n'est pas la priorité de ceux qui sont censés décider. Il faut convaincre les pouvoirs publics, assurés de leur

pouvoir tant qu'il n'y a pas de contre pouvoirs légitimes, et trop souvent tétanisés par des objectifs d'ordre purement budgétaire.

Quelques pistes supplémentaires de réflexion méritent d'être approfondies. Concernant les hospitalisations sous contrainte, je reviens à ce que je disais tout à l'heure : est-ce au maire d'en décider ? Au nom de quelle compétence ? De quel droit ? Quel pouvoir avons-nous pour décider d'enfermer quelqu'un ? Je signe quelquefois des HO, et chaque fois je me pose cette question. Je n'ai pas de réponses. Est-ce au préfet, représentant du Ministère de l'Intérieur ? Le Ministère de l'Intérieur propose parfois des lois qui sont parfaitement liberticides et qui confondent délinquant et malade mental. Ce que nous ont dit ce matin Bernard Azéma et Pauline Rhenster montre que les pratiques sont totalement aléatoires, que la justice a du mal à répondre à son devoir de contrôle, et pourtant je reste convaincu que la privation de liberté relève d'une décision de justice, et non pas d'une décision administrative. On peut en débattre. Ce serait intéressant d'avoir une position là-dessus. Les articles 18 et 24 de la loi de prévention de la délinquance ont été retirés à la demande du Conseil Constitutionnel ; la loi de 1990 va être révisée, et je crois que les élus, notamment ceux qui adhèrent à « Elus, santé publique & territoires » devraient essayer d'avoir une position claire sur cette question.

Deuxième débat : sur le rôle plus global des élus. Fondamentalement, comment fait-on pour que chacun puisse vivre avec sa maladie, avec son handicap, avec sa souffrance, avec ses difficultés, convenablement ou le mieux possible dans la ville ? C'est le rôle des élus. Cela veut dire l'attention à l'autre, l'attention à son voisin, l'attention aux enfants, je ne reviens pas sur la question de la prévention. Et là je suis d'accord avec Jean Furtos et Loick Villerbu : prévention n'est pas prédiction, on ne va pas refaire le débat qui a eu lieu un peu partout ces derniers mois. Travailler le plus en amont possible me paraît un objectif assez fondamental si l'on veut être efficace et ne pas avoir à intervenir dans l'urgence.

Enfin, et au-delà de cette journée, je voudrais demander à tous ceux qui ont des expériences de partenariat local entre psychiatrie et élus de nous envoyer un texte, un document, une présentation de façon à ce que nous puissions les intégrer dans les actes, que nous ne manquerons pas de vous faire parvenir, à vous tous et à tous ceux qui le souhaiteront. Plus on pourra faire part d'expériences, plus on pourra en débattre, plus on pourra les évaluer et essayer de voir comment les choses se sont construites ici et là pour avancer. Car toutes ces expériences, il faudra bien un jour les évaluer et se demander ce qu'elles produisent, non pas simplement au niveau individuel pour la prise en charge de la souffrance, mais bien au niveau global, au niveau de la santé mentale et de la santé publique. Il faut que l'on arrive à quelque chose qui soit, suivant le modèle des ASV, à la fois inscrit dans un cadre contractuel clair, financé, entre la ville, l'Etat, les professionnels, y compris libéraux et d'autre part institutionnalisé, généralisé et non minoritaire.

Pour conclure, ce que « Elus, santé publique et territoires » vous propose, c'est d'abord de nous rejoindre car plus nous serons nombreux pour échanger et travailler ensemble, plus nous pourrons peser sur les pouvoirs publics, sur les textes de loi en préparation, dont certains nous inquiètent, bref, faire valoir ce que nous croyons et ce que nous faisons.

Une prochaine journée est en préparation sur un thème qui nous paraît essentiel, celui de l'offre de santé, pas seulement l'offre de soin mais aussi l'offre de santé comme outil de lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins. Cette journée sera probablement accueillie par la ville de Reims en Champagne. Je ne reviens pas sur la question de la démographie médicale, vrai problème auxquels les villes sont de plus en plus confrontées, y compris les élus directement à qui l'on vient dire « je ne peux pas avoir rendez-vous avec un pédiatre avant trois mois, ce n'est pas normal, qu'est-ce que vous faites monsieur le maire ? ». Vous ne manquerez pas d'être invités à cette journée dès que la date définitive sera fixée.

Une seconde journée est également en préparation sur le lien entre la santé et les questions d'environnement. L'étendue du sujet est immense. Grenoble y a beaucoup travaillé, d'autres villes également. Je crois que c'est un sujet sur lequel les élus doivent à la fois s'informer et prendre position.

Notre ambition, faire progresser la santé publique pour le mieux être de tous, passe par l'engagement de chacun. « Elus, santé publique & territoires » a besoin de vous tous, les élus bien sûr, mais vous tous qui travaillez avec eux : vous pouvez leur dire, vous devez leur dire. On va éditer les actes de cette journée, qui seront des outils disponibles pour la connaissance, la reconnaissance et le développement des actions locales de santé publique portées par les élus. Vous pourrez les demander à Pauline Rhenter (espt.asso@orange.fr) ou les consulter prochainement sur notre site Internet (www.espt.asso.fr).

Merci à tous. Merci à « Formation et citoyenneté », merci à la ville de Grenoble et à Marina Girod de l'Ain. Merci à vous tous qui êtes intervenus, qui nous avez accompagnés. Merci également à Pauline Rhenter, qui est chargée de mission à « Elus, santé publique & territoires », brillante cheville ouvrière qui nous a permis de faire tout cela. Bonne réflexion, bon retour dans vos territoires et à bientôt.

Bibliographie

Ouvrages et actes de journées d'étude

Denise Jodelet, *Folie et représentation sociale*, Paris, PUF, 1989.

Claude Louzoun, Denis Salas (dir.), *Justice et Psychiatrie*, Erès, 1998.

Anne M. Lovell, "Les troubles mentaux", in: A.Leclerc, D.Fassin, H.Grandjean, M.Kaminski et T.Lang (dir.), *Les inégalités sociales de la santé*, La Découverte/INSERM, 2000, pp.

Alain Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, Poches, 2000.

Alain Ehrenberg, Anne M. Lovell (dir.), *La Maladie mentale en mutation, Psychiatrie et Société*, Paris, Editions Odile Jacob, 2001.

P. Bernardet, T. Douraki et C. Vaillant, *Psychiatrie, Droits de l'Homme et défense des usagers en Europe*, Toulouse, Erès, 2002.

Michel Joubert (dir.), *Santé mentale, ville et violences*, Erès, 2003.

Christian Laval, « Les réaménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique, L'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes », Thèse de doctorat en sociologie, Université Lumière Lyon 2, 2003.

Marcel Otero, *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société* Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003.

Jean De Munck et al., *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent, Acadmia press, 2003.

Pauline Rhenter, « De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France » (1945-2003), Thèse de doctorat de science politique, Université Lyon 2, 2004.

Didier Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Edition la découverte, 2004.

Jean Furtos, Christian Laval (dir.), *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Erès, 2005.

Maryse Bresson (org.), "Y a-t-il psychologisation de l'intervention sociale ?", Journées d'études du GRACC, 2005, <http://www.iut.univ-lille3.fr/gracc/>

Marcelo Otero, «Nouveau malaise dans la civilisation : regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation», *Cahiers de recherche sociologique*, Montréal, 2005.

Claudine Herzlich, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, EHESS Ed., 2005.

Michel Joubert, Claude Louzoun (dir.), *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*, Erès, 2005.

« Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? », Actes de la journée d'étude du 9 octobre 2006, Association Elus, Santé Publique & Territoires » et ORSPERE-ONSMP, www.espt.asso.fr .

Didier Fassin & Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

Revues

Robert Sévigny (dir.), "Santé mentale et processus sociaux", *Sociologie et sociétés*, Volume 17, n°1, 1985.

Robert Sévigny et Jacques Rhéaume (dir.) « Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, 1988, XIII, 1, pp.95-104.

Philippe Bernardet, Elisabeth-Anne Bernard, « La motivation par référence des décisions d'hospitalisation d'office, ou le juge administratif aliéné par son fou », *Revue de droit sanitaire et social*, volume 3, 1997, pp. 487-501.

Michel Joubert, "Santé mentale. Des partenariats et des actions à promouvoir", *La santé de l'homme*, n°359, INPES, 2002.

Alain Ehrenberg, "Souffrance", *Médecine/Sciences*, Volume 18, n°11, novembre 2002.

Philippe Bernardet, "Danger et dangerosité dans les législations nationales de santé mentale et la jurisprudence des pays européens", *Cahiers Pollen*, Paris, fév. 2003, n°11, pp. 45-65.

Philippe Bernardet, "Les conditions du consentement au traitement de la personne souffrant de troubles mentaux", *CTNERHI* (numéro spécial Handicap), oct-déc. 2004, n°104, pp. 35-54.

Anne M. Lovell (coord.), « Santé mentale et société », *Problèmes politiques et sociaux*, La documentation française, n° 899, avril 2004.

"Psychiatrie et santé mentale. Innovations dans le système de soins et de prise en charge", *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars 2004.

Bellamy V., Roelandt J. L., et Caria A., « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* », DREES, Etudes et Résultats, n°347, octobre 2004, disponible sur : www.sante.gouv.fr/htm/publication.

Philippe Bernardet, J. H. Stark, "Les pouvoirs des juges de l'urgence en matière d'internement psychiatrique d'office", avec J.H. Stark, *La Semaine juridique*, Paris, 2 fév. 2005, n°5, pp. 221-222.

Nicolas Dodier, Vololona Rabearisoa (coord.), « Expérience et critique du monde psy », *Politix*, n° 73, mars 2006.

ORSPERE-ONSM, « les élus locaux et la santé mentale », *Rhizome*, n°24, octobre 2006.

Rapports

Hélène Strohl, IGAS, Martine Clémente, Rapporteur général, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, n°97081, septembre 1997.

Antoine Lazarus, Hélène Strohl, "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", Rapport remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française, 1995.

Eric Piel, Jean-Luc Roelandt, Rapport de mission " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale", Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001.

Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, "Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale", Rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003.

Rapport sur les problèmes de sécurité liés au régime des hospitalisations sans consentement, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale, mai 2004.

Maryvonne Briot, Rapport du fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution (n° 1459) de Georges Hage, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, 12 mai 2004.

« Recommandations pour la pratique clinique, modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux », Haute Autorité de Santé, avril 2005.

« Santé, justice et dangers, pour une meilleure prévention de la récidive », Rapport de la commission santé-justice, Ministère de la Justice, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, juillet 2005.

« Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSM-ORSPERE 2003-2004 Ed. de la DIV, coll. Etudes et Recherches, novembre 2005.

Textes réglementaires et débats parlementaires

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel* n°150 du 30 juin 1990.

Circulaire DGS du 31 mai 2002 relative au rapport d'activité de la CDHP ; Conseil Economique et Social, « Prévention et soins des malades mentaux : bilan et perspectives », 24 juillet 1997.

DGS, rapports d'activité des CDHP, chiffres hors DOM-TOM, Circulaire CDHP 2000-2001.

Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel* du 5 mars 2002, p. 4118 et suivantes.

Projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, n° 433, déposé le 28 juin 2006.

Avis n° 477 déposé le 30 juin 2006 par M. Nicolas About, Commission des lois.

Projet de loi adopté par le Sénat, relatif à la prévention de la délinquance, n° 3338, déposé le 22 septembre 2006.

Projet de loi modifié par l'Assemblée nationale, relatif à la prévention de la délinquance, n° 102, déposé le 6 décembre 2006.

Projet de loi adopté avec modification, par le Sénat, en 2e lecture, relatif à la prévention de la délinquance, n° 3567, déposé le 11 janvier 2007.

Liste des abréviations

AGECSA : Association de GEstion des Centres de Santé
ARH: Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASV: Atelier Santé Ville
CAARRUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement pour la Réduction des Risques des Usagers de Drogues
CAC: Centre d'Accueil et de Crise
CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS: Centre Communal d'Action sociale
CLSPD: Contrat Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMP: Centre Médico-Psychologique
CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
CRDSU: Centre de Ressources pour le Développement Social et Urbain
CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
DDASS: Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGS: Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIV: Délégation Interministérielle à la Ville
EPS : Etablissement Public de Santé
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC : Formation Médicale Continue
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : Hospitalisation d'office
JLD : Juge des Libertés et de la Détention
OPJ : Officier de police judiciaire
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie