

**CONFERENCE DE TERRITOIRE DE PARIS**  
**VENDREDI 20 MAI 2016**  
**9h00 - 12h15**  
**Hôpital de la Pitié-Salpêtrière – Salle Lassay**  
**83, Boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS**

Début réunion : 9h20.

**I/ Accueil de Madame Edith BENMANSOUR, Adjointe au Directeur du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière – Charles Foix (AP-HP) et Directrice du site Pitié Salpêtrière**

**II/ Approbation du compte-rendu de la réunion du 22 avril 2016**

Le Dr CACOT souhaite compléter ses propos concernant l'expérimentation WhiteHall. Le compte-rendu est approuvé sous réserves de ces ajouts.

**III/ Thème de la réunion : « Psychiatrie et précarité »**

**a) Réflexion sur la face sociale de la précarité**

*Intervention de Mme Chloë MONS - Cheffe de projet grande cause contre l'exclusion – Secrétariat général de la Ville*

**« Une histoire de fous, le droit de vivre à la rue**

L'histoire commence visiblement en 1992 avec l'abrogation du délit de vagabondage, qui entre en vigueur en 1994 avec le nouveau code pénal. Dès lors on voit vivre des gens dans la rue, on les y voit vivre mal et souffrir, on les y voit aussi mourir, on dit de froid mais en réalité et plus sûrement faute de soins.

Cette visibilité de la misère est d'autant plus forte que les gens sont « dérangeants » : les alcooliques, les toxicomanes, les fous. Ils ne représentent qu'une part des personnes ayant besoin d'un hébergement ou d'un logement mais ils sont les plus visibles. Et les troubles augmentent avec la durée de vie dans la rue. Face à cette situation, les politiques publiques s'organisent : d'abord sur le modèle de l'urgence avec la création du Samu social avec de premières équipes dès 1993. Puis, viendra une phase de mise en place de droits sociaux qui culmine avec la loi DALO en 2007.

La situation parisienne est particulière, alors que partout en France l'Etat est seul compétent pour l'hébergement et le suivi social des personnes en errance, à Paris la Ville joue un rôle important dans le suivi social, l'accompagnement de nombreuses associations, la mise à disposition de foncier pour l'hébergement.

**Le pacte parisien de lutte contre l'exclusion : éviter les ruptures**

Cette position particulière de la Ville est confirmée en 2014 avec le souhait d'Anne Hidalgo de faire de la lutte contre l'exclusion la grande cause de sa mandature. Très concrètement, des discussions sont engagées avec un très grand nombre de partenaires pour aboutir à la signature d'un pacte parisien de lutte contre l'exclusion en février 2015. Ce pacte comprend 106 mesures concrètes, avec des engagements très forts de l'ensemble des partenaires, valant pour 5 ans (2015-2020). Ces engagements couvrent des actions qui vont de la prévention à l'insertion durable des personnes ayant vécu longtemps à la rue. L'esprit global du pacte est d'éviter la multiplication des ruptures qui constituent le socle de l'exclusion. Sur le volet santé, l'Agence régionale de santé (ARS) et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sont des partenaires très engagés qui font progresser les actions, mais au-delà créent des liens entre les cultures professionnelles et tentent de « dédramatiser »

l'intervention médicale ou médico-sociale auprès des personnes en situation de grande détresse.

## 23 mesures concernant la santé

Parmi les mesures du pacte, 23 concernent la santé. Parmi les mesures qui ont le plus avancé, on peut citer des mesures d'accès aux droits (gros efforts de la CPAM pour l'accès à la CMU et pour l'accès à l'AME), de prévention comme l'augmentation des bilans de santé pour les personnes en précarité des actions de soins, comme le repositionnement des permanences médico-sociales de la Ville ou de coordination comme la création de conseils locaux de santé mentale dans 15 arrondissements sur les 20 et le travail qui vise à constituer des réseaux d'évaluation de situation d'adultes en difficulté.

### Les liens psychiatrie et secteur AHI : le trouble

Plus globalement le secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) butte sur sa relation avec la psychiatrie ; sans doute pour des raisons de pratique professionnelle: le sujet est difficile à aborder avec la personne concernée, la réalité et l'ampleur de la pathologie sont difficiles à évaluer pour un travailleur social. Le travailleur social est dans une position inconfortable tant vis-à-vis du médecin, que vis-à-vis de la personne concernée. Le secteur parle souvent de « troubles psy », ce qui évite de les caractériser complètement et souligne également le refus de soin des personnes concernées. Se pose également la question de la cause et de la conséquence à la rue parce que malade, ou malade de la rue ? Quelle que soit la réponse, il est certain que la précarité frappe durement les personnes malades. Une précarité liée aux difficultés à travailler, à habiter, à construire une relation avec les autres. Hors dans les parcours complexes que sont ceux des personnes à la rue, les contacts avec les institutions ont été nombreux, parmi ces institutions, nombres d'institutions médicales sont concernées. Parmi les questions qui sont posées à la Ville, il faut plus interroger l'échec des soins et en parallèle l'échec des solutions sociales proposées.

### Se demander pourquoi une répétition des échecs ?

Si on regarde ces parcours de vie et les solutions qui sont proposées, on constate que rares sont les parcours où soins et social se coordonnent autour de la personne. Ainsi, les maraudeurs ou les personnes qui travaillent dans les accueils de jour et qui peuvent faire partie du cercle rapproché autour d'une personne, se plaignent de ne pas être informés lorsqu'une personne ne vient pas chercher son traitement. Mais en retour on peut s'interroger sur les qualités d'obstination et d'incroyable ténacité qu'il faut pour observer un traitement lorsqu'on n'a pas de domicile. Nous pouvons imaginer le sentiment de gâchis des médecins lorsque des personnes souffrant d'addiction reviennent de cure et retrouvent la rue. Face à ces échecs répétés, qui enfoncent la personne dans la peur d'essayer de nouvelles solutions, chacun doit faire un peu plus que son métier.

Et parfois en transgresser les règles, surtout si la personne concernée est d'accord ou en danger. Il s'agit notamment de la transmission d'informations : **quelles sont les règles éthiques qui s'imposent dans une telle situation ? Prioriser la sauvegarde de la personne ou le respect du secret professionnel ?** Elle pense qu'une information partagée peut se faire au bénéfice des personnes.

Enfin une dernière question, les femmes enceintes, les jeunes enfants sont reconnus comme des personnes vulnérables, elles sont protégées. De fait, les familles avec de jeunes enfants ou les femmes enceintes se voient proposer des hébergements et un suivi gratuit et sans condition de séjour. **Pourquoi acceptons-nous qu'il n'en soit pas ainsi pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques ? Pourquoi les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques ne sont pas prioritaires pour l'hébergement ?** Elle trouve que cela interroge sur l'endroit où on met la vulnérabilité et sur ce qu'on peut se donner collectivement comme priorité.

## **b) Les réalités du Samu social**

*Intervention du Dr Abdon GOUDJO - Directeur du Pôle Médical et soins au Samusocial de Paris*

### **→ Cf présentation powerpoint**

## **c) Les réalités des associations investies dans la grande précarité**

*Intervention du Dr Meryem BELKACEMI - Chargée de mission santé – EMMAUS Solidarité*

Elle souhaite évoquer le point de vue des équipes de travailleurs sociaux de l'association Emmaüs Solidarité face à la maladie mentale des personnes qu'ils accompagnent.

Plusieurs constats et difficultés remontés :

- forte prévalence des troubles psychiques chez les personnes accompagnées : nombre très important de personnes relevant du secteur psychiatrique, diagnostiquées ou pas, suivies, traitées, et qui se retrouvent dans les dispositifs sociaux (accueils de jour, centres d'hébergement,...) ;
- malaise des équipes : les travailleurs sociaux ne se sentent pas légitimes pour intervenir sur les questions de santé, et encore moins de santé mentale, qu'ils vivent au jour le jour ; de plus, les pratiques d'intervention classique sont mises en échec chez les personnes en situation de précarité ayant des troubles psychiques ce qui renforce le sentiment d'impuissance et la souffrance des équipes ;
- cumul des difficultés chez les personnes accompagnées souffrant de troubles psychiques : problèmes d'hébergement, d'addiction, de comorbidité somatique qui compliquent la prise en charge et l'accompagnement.
- difficultés liées aux soins : les travailleurs sociaux qualifient d'inadaptés aux personnes précarité et aux troubles psychiques, tous les dispositifs hormis celui des équipes mobiles (EMPP). Manque de structures, difficultés à obtenir des RDV rapidement, procédures d'accès compliquées, hospitalisation catastrophique et sorties non préparées, difficultés liées aux refus de soin et surtout aux ruptures de soins.

Les ruptures de soins compliquent en effet le travail des équipes et l'association Emmaüs se demande comment faire pour éviter les ruptures de soins, comment faire pour maintenir un lien thérapeutique au long cours, comment faire pour améliorer l'articulation très compliquée entre le sanitaire et le social, comment faire pour que les soignants et les travailleurs sociaux travaillent mieux ensemble et collaborent plus (décloisonnement). Elle pense qu'il faut trouver une « alliance vertueuse » qui reposerait sur la connaissance et la compréhension des activités de chacun mais qui reposerait avant tout sur de la souplesse, de l'adaptation et de l'innovation. Il faut réfléchir à des outils et à des façons de faire nouveaux, à partager et à mettre en œuvre pour tenter d'améliorer la santé, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité et présentant des troubles psychiques qui sont de plus en plus nombreuses.

## **d) Les réalités de la psychiatrie :**

### **→ les troubles psychiques majeurs = l'équation de la précarité**

*Intervention de Madame Hélyette Lefèvre – UNAFAM*

Mme LEFEVRE présente les situations des personnes souffrant de troubles psychiques et des familles, rencontrées quotidiennement à l'UNAFAM.

En effet, les personnes :

- sont souvent dans le déni de leur maladie,

- parfois en non-demande,
- souffrent d'addictions (alcool, cannabis, tabac),
- sont en incapacité d'agir et de faire, de prendre soin d'elles et de leur environnement,
- ont souvent rompu tout lien social, amical et familial,
- sont sans perspective et sans espoir.

Leurs familles, quant à elles :

- sont souvent sans réponse à leur appel en période de crise,
- sont dans la crainte d'un arrêt du traitement,
- sont en état d'alerte et de veille, et à temps complet,
- sont sans solutions pour aider leur proche à construire leur vie,
- et sont anxieux pour le devenir de la personne, après elles.

Où vivent les personnes souffrant de troubles psychiques ?

- après interruption de traitement, certaines sont « perdus de vue »,
- à l'hôpital, faute d'hébergement,
- dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou dans les hôtels sociaux,
- si elles ont une reconnaissance « handicapé », dans les structures médico-sociales adaptées trop peu nombreuses
- pour certains en logement indépendant, mais pas sans problèmes
- dans leur famille, ébranlant et détruisant parfois sa cohésion et fragilisant les fratries
- à la rue, se mettant en danger et quelquefois y mettant les autres,
- en prison, où elles n'ont pas leur place.

« L'extrême fragilité » qui caractérise le handicap psychique implique un accompagnement individualisé médical et social, en tenant compte des demandes et aspirations des personnes concernées.

Le manque de réponses de stabilisation sociale, faute d'un accompagnement adapté, crée « le cercle vicieux » : hospitalisation – retour au domicile – isolement – repli sur soi – rupture de traitement – crise – urgence – ré-hospitalisation.

Elle milite donc pour une prise en compte globale des besoins des personnes accompagnées : soins – ressources – logement/hébergement – activités sociales, culturelles, sportives – l'insertion par le travail si possible – l'aide juridique si nécessaire.

Ainsi que pour un accompagnement adapté personnalisé, détectant les signes avant coureurs des crises (équipes mobiles en plus grand nombre), un accompagnement réactif et modulable revisité périodiquement, grâce à une coordination des soignants, du médico-social et du social.

Les difficultés de la prise en charge du handicap psychique se situent au confluent :

- de plusieurs politiques de santé publiques (Santé/Handicap, Solidarité (hébergement logement) entre autres)
- de plusieurs circuits de décisions et financements: Etat, ARS, Conseil Général
- de la séparation institutionnelle entre le sanitaire, le médico-social et le social
- de l'absence de connaissance et reconnaissance des besoins quantifiés.

Toutefois, elle note la mise en place de réponses :

- plus de conseils locaux de santé mentale (CLSM), plateforme de concertation et de coordination des partenaires
- suite au rapport Piveteau « Zéro sans solution », la construction du schéma départemental des personnes handicapées soulève une réflexion en profondeur sur le suivi indispensable des orientations, d'où la question sur la pertinence de création de poste de « référents de parcours médical ou social » : et pourquoi pas les deux ?
- la CHT redéfinit l'organisation territoriale et vise à développer de nouvelles collaborations et de nouvelles pratiques.

→ les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité

*Intervention du Dr Alain Mercuel - EMPP Sainte Anne*

→ **cf présentation powerpoint**

→ les projets de la CHT pour les patients psychiatriques en grande précarité

*Intervention de Monsieur Raphaël Yven - Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)*

Un axe fort du projet médical commun des cinq établissements de la Communauté hospitalière de territoire psychiatrique parisienne concerne la population précaire. Cette thématique, priorisée par l'ARS, comporte une liste d'actions et de dispositifs développés depuis 2011, date de l'adoption du projet médical.

La CHT réfléchit à :

- comment éviter la dégradation sociale des personnes souffrant de troubles psychiques dans une logique de prévention,
- et comment apporter un certain nombre de réponses à des personnes présentant des troubles psychiques et vivant dans la précarité, dans une logique de réhabilitation.

M. YVEN identifie 3 niveaux principaux :

- l'offre de soins doit être plus spécialisée et l'accessibilité au droit commun (secteur) améliorée (mise en place d'un référent précarité dans chaque CMP)
- accès aux droits et aux dispositifs : permanence d'accès aux soins de santé (PASS) en psychiatrie, nouvelle PASS odontologie financée par l'ARS, prestations sociales, droit à l'hébergement, en partenariat avec l'association Droits d'urgence que les établissements de la CHT cofinancent.
- le travail en réseau et comment développer des partenariats pour améliorer la coordination entre le sanitaire et les autres secteurs (médico-social, social).

Concernant la future organisation de la CHT, l'objectif est de mettre en place à moyen terme une gouvernance unique avec la création d'un pôle qui regrouperait les structures qui agissent sur le champ de la précarité, avec des interlocuteurs bien identifiés pour une meilleure articulation et une meilleure lisibilité de l'offre qu'elle propose. La dispersion complique en effet les échanges avec les différents acteurs.

Enfin, il évoque deux points qui lui semblent fondamentaux :

- la recherche : les constats partagés sont la nécessité d'acculturation et la méconnaissance réciproque d'où la nécessité de développer des programmes d'excellence, des actions de recherche qui permettent d'objectiver les problématiques, d'évaluer les dispositifs existants et d'innover pour proposer des réponses plus souples à ces problématiques ;
- la formation : la CHT est engagée dans un certain nombre d'actions visant à faire entrer la culture sociale et médico-sociale dans les services de psychiatrie et à l'inverse diffuser aux partenaires des outils permettant de mieux appréhender le fonctionnement de la psychiatrie.

→ un exemple d'innovation radicale : "un chez soi d'abord"

*Intervention de Monsieur Bruno Torregrossa – Coordinateur du dispositif*

→ **cf présentation powerpoint**

→ quelle prévention de ces drames humains ? :

- les équipements d'accompagnements médico-sociaux (SAVS, SAMSAH) et d'entraide (Groupes d'Entraide Mutuelle, Club-House)

La loi du 11 février 2005 reconnaissant le handicap psychique incite au développement de **service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** et de **service d'accompagnement pour adultes handicapés (SAMSAH)**.

Leurs missions :

- évaluer les besoins, les attentes et les capacités d'autonomie
- lutter contre l'isolement social
- favoriser la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels
- faciliter l'accès aux services offerts par la collectivité
- aider à la réalisation des actes quotidiens de la vie domestique et sociale

Pour les SAMSAH, favoriser l'accès aux soins.

La psychiatrie méconnaît encore ces structures qui sont conditionnées par l'orientation MDPH (maison départementale des personnes handicapées).

Passerelle de réinsertion sociale, le **GEM (Groupe d'entraide mutuelle)** est un lieu, non médicalisé, d'accueil, de partage, d'expression et d'activités, pour ses adhérents souffrant de troubles psychiques.

Leurs buts :

- aider à rompre l'isolement et à développer l'autonomie
- lutter contre l'exclusion sociale
- restaurer et maintenir des liens
- créer des solidarités
- se responsabiliser et reprendre confiance en soi
- être ouvert sur la cité.

**Le Club House** est une structure innovante de réinsertion socio-professionnelle, qui accompagne ses membres en les rendant acteurs de leur rétablissement et réinsertion. C'est un lieu non médicalisé, d'activités et d'entraide. Le Clubhouse de Paris est ouvert depuis novembre 2011 et compte 129 membres dont 30% en insertion professionnelle.

Les objectifs :

- rompre l'isolement des personnes vivant avec des troubles psychiques
- détecter leurs attentes et leurs capacités
- les aider à reprendre confiance en elles
- faciliter leur insertion sociale et professionnelle
- lutter contre la stigmatisation, en particulier au sein des entreprises

Les activités de l'association :

- la cogestion du lieu par les membres (administration, accueil, repas, hygiène, newsletter...)
- l'accompagnement individuel de chaque membre dans un projet (avec un référent)
- l'animation et développement du réseau des partenaires ( associations, structures d'insertion et entreprises)
  - l'équipement de concertation dans la cité : le Conseil Local de Santé Mentale

*Intervention de Madame Véronique Istria - Responsable de la Mission Santé Mentale à Paris (DASES)*

La mission santé mentale a été créée en 2013 à Paris : elle a un rôle de coordination des partenaires locaux (psychiatrie mais aussi acteurs associatifs, sociaux et médico-sociaux), avec animation et mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires sur des thématiques diverses dont certaines concernent plus particulièrement la précarité



(accessibilité au logement et maintien dans le logement, réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté (RESAD), précarité SDF migrants, semaines d'information santé mentale, etc). Les actions qui émergent de ces groupes sont ensuite consolidées et relayées par la mission de santé mentale à la Ville de Paris.

Mme ISTRIA présente la carte parisienne des 15 Conseils locaux de santé mentale (CSLM) (en annexe). Elle insiste sur l'importance de conventionner entre acteurs (convention-cadre, charte éthique, etc).

#### **e) Discussion générale :**

Le Dr CACOT ouvre la discussion en demandant aux intervenants s'ils ont appris quelque chose ou si tout ce qui a été dit était déjà su et connu.

Le Dr GOUDJO note d'une part, la richesse due à la diversité des acteurs mais trouve dommage que la plupart des personnes pris en charge par le Samusocial n'arrive pas à entrer dans ce tissu ou n'en bénéficie qu'en partie. Il pense en effet que quand un réseau est trop articulé, certaines personnes passent à travers le maillage.

Il n'est pas sûr, d'autre part, que l'on ait estimé l'étendue des besoins ; le réseau a une utilité certaine mais il a l'impression que les besoins dépassent largement les capacités.

Ensuite, et pour répondre au Dr Cacot, il a effectivement appris la dynamique du travail d'Un chez soi d'abord et trouve que ces structures d'aval sont nécessaires, une fois que le projet de soins de la personne en tant que tel n'existe plus et qu'il faut lui trouver un lieu de vie où elle puisse souffler.

Madame LEFEVRE pense que les problématiques d'hébergement et de réinsertion sont connues des partenaires mais qu'à l'heure actuelle, ceux-ci travaillent un peu chacun dans leur coin.

Le Dr MASSE, médecin psychiatre au Samusocial, croit beaucoup dans le secteur en psychiatrie mais pense que celui-ci doit être refondé : la question qui se pose est la manière d'adapter les soins en psychiatrie publique car le mono-secteur ne fonctionne pas ou peu et que les petites équipes créées n'ont pas été renforcées, d'où les difficultés rencontrées aujourd'hui, notamment sur la question de l'exclusion.

Il pense qu'effectivement il y a un problème d'articulation avec le médico-social et le social mais que si on veut avancer, il faut renforcer la psychiatrie. La question du modèle se pose : veut-on rester sur un modèle de psychiatrie indifférenciée et hospitalo-centrée et allouer plus de moyens aux établissements, ou au contraire basculer vers une psychiatrie extrahospitalière digne de ce nom ? Un choix d'organisation doit être fait pour créer des réponses à la hauteur des besoins, qui explosent actuellement avec l'afflux de populations non francophones.

Le Dr MERCUEL pense que l'on atteint un plafond et que cela va être difficile de faire mieux sauf à réduire le temps passé auprès de chaque malade et cela au détriment de la qualité.

Monsieur ECHARDOUR note la diversité et souligne l'extrême engagement d'un très grand nombre d'acteurs et le travail discret et peu valorisé effectué par ceux-ci qui, aux yeux des pouvoirs publics, fait partie des choses qui doivent soutenues et reconnues et les en remercie.

Il pense que l'on est confronté à un phénomène migratoire important mais pas seulement : nous produisons une exclusion et une grande précarité dans nos mécanismes. Il doute que les moyens actuels, s'ils ont maintenus en l'état, puissent évoluer pour s'adapter à la montée de ces situations. Sur la question de l'hébergement social, il doute par exemple que l'augmentation des volumes d'engagement financier soit la réponse mais avoue qu'aucune alternative concrétisable n'a été trouvée. Il note le besoin exprimé aujourd'hui de s'interroger sur la prolongation des dispositifs actuels ou sur leur adaptation. Il pense que si nombreux sont ceux qui pensent qu'il est utile de rebattre les cartes, alors il serait utile de partager les points de vue.

Le Dr MERCUEL pense que s'il reste quelque chose du secteur dans 15 ou 20 ans, ce sera certainement la présence aux urgences et les équipes mobiles. Il faut donc se concentrer sur la mobilité des actions et la présence dans les lieux ouverts 24h/24 qui est l'hôpital général (le moment où on peut rencontrer assez facilement les personnes sont les salles d'attente des hôpitaux généraux entre 19h et 21h).

Il pense qu'on a tort de considérer que les migrants sont tous des malades mentaux, ce qui est faux et même s'il y a parmi eux des gens en très grande souffrance et polytraumatisés.

Il dit attendre un « tsunami » bien supérieur à ce qui est annoncé et s'y prépare, souvent avec de la débrouille. Il se sert des nouvelles technologies, il innove. Par exemple, il a appris que Skype permettait la traduction immédiate d'une phrase dans quelques langues, ce dont il va se servir avec ses équipes afin d'éviter de faire appel à des traducteurs, dont la rémunération ampute les fonds des équipes mobiles.

Le Dr CACOT demande s'il est possible de passer du « bidouillage » innovant à la recherche.

Mme LEFEVRE demande si la psychiatrie ne pourrait pas repenser la prise en charge et penser à la globalité de la personne dès l'entrée dans la maladie et ne pas attendre la stabilisation pour initier le travail de mise dans la cité (mise en place d'accompagnements) ? Elle pense qu'il faut aussi que la psychiatrie considère que les dispositifs d'accompagnement comme les SAVS et les SAMSAH ont une utilité. Pour l'instant, elle ne dirige pas spontanément les personnes qu'elle suit vers ces structures-là.

Le Dr CACOT trouve que cela rejoint les propos du Dr GOUDJO : il y a plein de dispositifs mais pas de cohérence globale entre eux.

M. YVEN reconnaît que les situations et les pratiques sont assez hétérogènes au sein même des établissements psychiatriques de Paris ; il est d'accord que c'est de leur responsabilité d'avoir une approche globale par rapport à ces situations ; pour autant, dans les situations et les besoins décrits, la psychiatrie ne peut pas tout faire non plus. Il pense que sa responsabilité se situe au niveau de la création de passerelles et de liens avec les acteurs dont c'est la compétence et pour lesquels il y a des moyens mobilisés. Il a conscience que le timing n'est pas forcément adéquat et pas assez resserré pour que l'ensemble des personnes trouvent une réponse à leurs besoins. Il faudrait peut-être réfléchir à un accompagnement plus individuel et à des unités plus spécialisées pour les personnes qui ne rentrent pas dans le dispositif de droit commun sans s'émanciper d'une analyse de l'environnement, notamment financier et économique.

Le Dr GOUDJO souligne l'arrivée précieuse du Dr MASSE au Samusocial qui a permis d'obtenir des réponses et de faire la part des choses : ce qui relève de la psychiatrie, ce qui relève d'un accompagnement social.

Il sert également de facilitateur vers le CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) et l'IPPP (Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris) quand c'est nécessaire. Il pense que si l'on arrive à avoir une stabilisation de l'hébergement, les personnes n'iront à l'hôpital que pour les soins d'urgence, et que de cette manière les structures ne s'emboliseront pas mutuellement.

Mme ISTRIA pense qu'il faut que les tutelles comprennent l'intérêt et l'importance de ces équipes pluridisciplinaires « in situ », au sein des structures : on ne peut pas toujours demander au secteur d'intervenir au dernier moment pour faire une évaluation et poser un diagnostic. Cela nécessite un changement de mentalité et une prise de conscience à porter.

Le Dr MASSE pense que compte tenu de l'augmentation de la technicité, il faut que les psychiatres passent dans les structures médico-sociales. Il trouve que les propos de Mme LEFEVRE sur le fonctionnement de la psychiatrie sont assez durs mais lui répond qu'effectivement le basculement vers l'extra hospitalier ne s'est pas fait. Il trouve que c'est un enjeu très important d'armer en psychiatrie les gens qui s'occupent de l'exclusion.



Le Dr PEQUART adhère complètement à ce qui est dit mais demande avec quels psychiatres externaliser ces compétences ? 50% des psychiatres vont partir en retraite prochainement. Elle pense qu'il faudrait une évolution des professions et une montée en compétences des infirmiers et des psychologues, avec des attributions et une formation adéquate pour pallier cela.

Le Dr MERCUEL évoque le travail en cours sur les actes par délégation pour les infirmiers, qui est déjà expérimenté pour les visites à domiciles et qui va l'être pour les équipes mobiles.

M. TORREGROSSA évoque la difficulté de mettre en corrélation et de faire coexister des logiques et des jargons différents, ce sur quoi le rejoint le Dr MERCUEL pour qui une solution unique n'existe pas, si l'on tient compte des disparités des publics concernés.

Madame MONS évoque l'expérimentation qui va commencer à la rentrée, de « référent de parcours » :

- choisi par la personne elle-même,
- qui connaisse les autres référents sociaux de la personne,
- qui soit capable d'expliquer à la personne à quoi servent les accompagnements qu'elle sollicite,
- et qui soit dépositaire de l'ensemble des documents qui la concerne.

Un travail est également mené sur un référentiel d'intervention partagé, en préalable duquel il faudra lister les différentes instances et préciser leur rôle afin que les instances de coordination ne se multiplient pas et ne prennent pas la place du soin et de l'accompagnement.

Le Dr MASSE pense qu'on doit évoquer la responsabilité des psychiatres à Paris, ville pourtant très bien dotée (12 000 dont 3000 libéraux), de s'organiser pour répondre aux besoins. Il ajoute que les psychiatres ne sont pas formés aux démarches de santé publique.

Le Dr CACOT remercie tous les participants.

#### **IV/ Dates des prochaines réunions / questions diverses**

La prochaine réunion aura lieu le **vendredi 17 juin 2016 de 9h00 à 12h15 à l'Hôpital Maison Blanche** et aura pour thème « Territoire et démocratie en santé : la fonction territoriale des futurs conseils territoriaux de santé ».

Fin de la réunion : 12h30.