
Projet associatif 2021 — 2025

Pour une psychiatrie relationnelle

Sommaire

2	Le mot du président	10	Orientations stratégiques
3	Une identité portée par une histoire	23	Présentation des dispositifs de soins et d'accompagnement
4	Objet de l'association	34	Mise en œuvre du projet associatif, évaluation
5	L'objectif du rétablissement au cœur de nos métiers	35	Vignette historique
6	Nos références et principes d'action	38	Santé mentale & communautés
7	Nos valeurs		Vignette historique Orloges
8	Gouvernance		

1

Le mot du président

Je suis très heureux d'avoir la possibilité de dire quelques mots sur l'élaboration de notre nouveau projet associatif.

Comme diraient d'autres présidents, illustres, d'abord « parce que c'est notre projet ».

Même aux dernières heures de notre vie, et ce n'est pas le cas de **SMC**, nous avons besoin de nous projeter dans le moment d'après.

Par ailleurs, dans nos objectifs de soins et d'accompagnement des personnes concernées, nous visons un changement pour un mieux-être, lequel va résulter du dépassement de résistances ancrées dans l'inconscient.

La structure associative, de ce point de vue là, fonctionne comme l'appareil psychique.

Pour se projeter elle doit pouvoir changer en s'adaptant à l'environnement et donc vaincre certaines résistances. Cela nécessite d'être clair sur les objectifs et surtout que ceux-ci soient partagés par tous en interne et en externe. Dans le cas contraire le changement sera de courte durée, après l'euphorie de la « phase projet » et les résistances reviendront en force.

Il était donc nécessaire, alors que le précédent projet date de dix ans, de prendre le temps de réfléchir en profondeur à nos valeurs et au sens que l'on donne à la clinique et à l'accompagnement ; que cela soit partagé par tous salariés et administrateurs et que cette réflexion prenne en compte l'évolution de l'environnement.

Comme dans l'intervalle notre association s'est rapprochée de celle d'Orloges, la même exigence est apparue pour les activités et les salariés de cette association.

Il était nécessaire aussi que les personnes concernées, leurs représentants et nos partenaires puissent être associés et impliqués dans cette démarche et que nous inscrivions notre réflexion dans le cadre du Programme territorial de Santé mentale.

Aussi avons nous pris du retard par rapport à l'objectif initial d'élaborer ce projet en 2020 compte tenu du contexte imprévisible créé par l'épidémie de la Covid.

Peu importe si cela a permis de répondre aux exigences précitées pour que ce projet puisse tenir la route pour les cinq ans à venir et nous permette de mieux répondre aux attentes des personnes concernées.

Des orientations fortes ont été prises pour impliquer les personnes concernées dans la gouvernance de l'association et être à l'écoute de leurs demandes. L'objectif du rétablissement a toujours été présent dès la création de notre association et le symptôme a toujours été considéré comme porteur de sens et moyen d'entrer en communication avec la personne.

Aussi le changement de paradigme apparu dans le champ de la psychiatrie ne nous gêne aucunement. Au contraire il renforce et conforte notre pratique. Nous restons cependant convaincus que la complexité de la maladie nécessite des approches multiples et que cette multiplicité permettra à la personne concernée de se saisir des différentes opportunités qui s'offrent à elle.

L'objectif du rétablissement ne saurait se confondre avec une pratique, qu'elle quelle soit, sauf à conduire à un nouveau dogmatisme.

J'ai pu exprimer ce point de vue oralement lors de l'assemblée générale qui a débattu et voté le **PTSM** et ensuite par écrit lorsqu'il nous a été demandé de confirmer notre engagement par rapport à la mise en œuvre de ce programme.

C'est donc avec enthousiasme et envie de se développer et de mieux faire que nous souhaitons nous inscrire dans les différents programmes du **PTSM**. Nous pensons que notre expérience et notre savoir-faire peuvent apporter une contribution positive dans la complémentarité des approches.

Je terminerai en remerciant tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce projet, en interne et en externe, et en particulier le groupe technique qui a été la cheville ouvrière permettant de mener ce travail à bien dans un contexte compliqué.

Patrick Vandenberg
Président

2

Une identité portée par une histoire

« Une œuvre de santé communautaire dans une mission complémentaire à l'offre privée et publique dans les domaines sanitaires, médico-social et social ¹. »

L'Association gestionnaire Santé mentale & communautés a été fondée le 16 avril 1968 par les professeurs Jean Guyotat ² et Jacques Hochmann ³ à Villeurbanne, dans un but non lucratif de « soigner dans leur milieu de vie habituel, les personnes souffrant de troubles psychiques, promouvoir des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique évitant aux malades l'exclusion sociale et/ou tendant à faciliter leur réinsertion sociale ».

Il s'agissait de promouvoir des soins psychiatriques et psychothérapeutiques dans la communauté et de doter le secteur psychiatrique d'alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. Les fondateurs de l'association — soignants, travailleurs sociaux, militants associatifs et élus locaux — avaient à cœur d'établir des liens étroits avec les municipalités « de manière à sortir la psychiatrie publique de son long passé de ségrégation et à l'insérer (...) dans le paysage communautaire ⁴ ».

Cette action s'inscrivait alors dans un mouvement de désaliénation et de désinstitutionalisation ⁵ et de passage d'une psychiatrie asilaire à une psychiatrie hors les murs dite de secteur. La désinstitutionalisation s'entendait alors comme la volonté de ne pas chroniciser les patients au sein de l'établissement.

Santé mentale & communautés, sur la base de cet engagement fondateur, poursuit son action en s'appuyant sur une éthique humaniste donnant la primauté à la personne en tant que sujet de droit singulier et à son entourage. L'intérêt à la vie psychique de chaque personne est au centre de nos accompagnements dans une double perspective de rétablissement et de pleine citoyenneté dans une société inclusive.

Depuis sa création en 1968, l'association Santé mentale & communautés met à la disposition de personnes souffrant de troubles psychiques, divers dispositifs de soins ambulatoires et résidentiels en amont et en aval de l'hospitalisation psychiatrique classique ou d'accompagnement médico-social.

1 Titre du projet associatif — juin 2011.

2 Professeur honoraire de psychiatrie à l'Université Lyon I.

3 Professeur émérite de psychiatrie à l'Université Claude-Bernard et médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon.

4 J. Hochmann, J. Guyotat, M. Marie-Cardine, J. Dubuis, « Santé mentale & communautés : une association privée au service du secteur public, *L'information psychiatrique*, volume 64, septembre 1988, p. 881 à 885.

5 Au sens déshospitalisation.

3

Objet de l'association

L'association Santé mentale & communautés a pour objet de soigner et d'accompagner, dans une perspective de rétablissement, les personnes en souffrance psychique et/ou en situation de handicap psychique.

Pour leur permettre d'acquérir ou d'améliorer les processus psychiques leur permettant d'accéder à leur bien-être (au sens de la définition de l'état de santé par l'OMS⁶) et à l'exercice de leur citoyenneté.

Pour atteindre son objet, l'association met en œuvre notamment les objectifs suivants comme autant de moyens d'action :

- créer des structures de soins, médico-sociales ou sociales avec ou sans logement ou hébergement ;
- travailler en coopération et/ou en partenariat avec les professionnels et les structures concernées par la santé mentale dans une pluralité de références en lien avec les ressources de la Communauté ;
- s'appuyer sur les compétences des personnes concernées, des familles et des aidants ;
- participer à des actions de prévention, d'information et de promotion de la santé mentale visant notamment à lutter contre la stigmatisation ;
- concourir à la formation des professionnels et à la recherche en psychiatrie.

⁶ La santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

4

L'objectif du rétablissement au cœur de nos métiers

Santé mentale & communautés œuvre depuis sa création, au rétablissement des personnes en souffrance psychique.

En effet, le rétablissement est pour nous consubstantiel à la psychiatrie relationnelle, du soin psychique et du prendre soin développés par notre association, en ce qu'il permet à chaque personne accompagnée, selon ses ressources, d'être sujet de sa vie psychique, de soutenir ses besoins et aspirations, tels qu'elle les exprime et les priorise.

Le respect des droits fondamentaux est une ligne de conduite qui guide nos pratiques professionnelles, permettant de garantir la pleine citoyenneté aux personnes que nous soignons et accompagnons. Il nous conduit à penser nos métiers de soignants et d'accompagnants, comme soutenant la personne à reprendre son pouvoir sur elle-même, sur ses décisions, sur ses choix de vie, tout en intégrant les limites inhérentes à ce processus d'autonomisation.

5

Nos références et principes d'action

L'action de Santé mentale & communautés se développe en se référant aux théories et pratiques développant des valeurs humanistes et sur une éthique du prendre soin.

Sa clinique est fondée sur une psychiatrie relationnelle et s'appuie sur les théories psychodynamiques comme grille de lecture et incitation à une réflexion sur soi, sur les autres et sur le lien. Elles soutiennent le principe de l'altérité et l'intérêt à la vie psychique de la personne accompagnée.

Une pratique psychiatrique axée sur la relation demande des structures de soin et d'accompagnement spécifiques. Ce sont les critères psychodynamiques qui déterminent le fonctionnement de ces structures. Il doit s'agir de petits groupes, qui ont leur vie propre, laquelle s'inscrit dans un cadre thérapeutique ou un accompagnement social, médico-social structuré. Pour les dispositifs de soins, le cadre institutionnel est en effet considéré comme un cadre thérapeutique en ce qu'il permet, notamment à des patients psychotiques, d'exercer des transferts dissociés et d'agir sur leurs symptômes.

Les communautés au pluriel indiquent les modalités de déploiement de notre action :

- communauté d'action, au cœur de la cité en coresponsabilité avec tous les partenaires concernés par la santé mentale, les personnes concernées et leur entourage (famille, amis...) pour soutenir le processus de rétablissement des patients et des personnes accompagnées et en complémentarité d'action pour favoriser une pluralité d'offre et de ressources aux personnes en souffrance psychique, dans le cadre d'un partenariat transdisciplinaire ;
- communauté de travail et de pensée des professionnels en référence à la psychothérapie institutionnelle⁷ qui soutient un travail d'équipe et de réseau ;
- communauté de soin, de vie des personnes accompagnées au travers des dispositifs de groupe proposés (communautés thérapeutiques, groupes thérapeutiques). Les personnes accompagnées sont ainsi inscrites dans une forme singulière de pair-aidance. Le partage d'expérience et l'entraide auxquels elles sont invitées, incluant aussi la conflictualité, induisent des effets positifs, notamment en permettant de rompre l'isolement et d'apprendre à vivre avec la maladie.

⁷ « Penser à plusieurs les situations individuelles pour leur trouver des réponses pertinentes, donc de se réunir, de comprendre les cas cliniques à la lumière de la psychopathologie, de travailler les clivages institutionnels qui ne manquent jamais de se produire, de se rapprocher des autres

intervenants, partenaires du réseau, centrés sur la personne en difficulté et de prévoir des structures pour l'accueil individuel et collectif de chaque [personne] concernée. » Pierre Delion, *La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ?*, éd. Erès, *Empan*, 2014/4 n° 96, p. 104 à 112

6

Nos valeurs

Le soin et l'accompagnement sont un humanisme, une relation, une attention à l'autre et à sa communauté de vie.

Chaque personne accompagnée est sujet de sa vie psychique.

Le soin et l'accompagnement s'ajustent à chaque personne selon ses capacités d'agir, ses aspirations et ses besoins. Il s'agit, dans un parcours de vie pas toujours linéaire, de faire l'expérience, d'expérimenter des possibles et des non possibles.

Être en relation, soigner, prendre soin, nécessite de prendre le temps pour développer et penser la clinique.

7

Gouvernance

La gouvernance de Santé mentale & communautés a été mise en place à l'origine sur le fondement de la psychothérapie institutionnelle.

Le sens de la gouvernance⁸ et son évolution

Dans un contexte de profondes mutations de nos secteurs d'activités, d'évolutions réglementaires complexes et dans un environnement devenu concurrentiel, la gouvernance de l'association s'est progressivement rapprochée d'un modèle classique où le pouvoir de décision et la responsabilité devant la loi appartiennent désormais aux instances statutaires : Assemblée générale, Conseil d'administration, Bureau et par délégation du président du Conseil d'administration du directeur de l'association.

Notre gouvernance associative dans ce contexte se trouve ainsi à l'articulation entre « le bien commun partagé », le projet associatif porté par l'association, les modalités d'organisation interne et les modes de régulation avec les pouvoirs publics.

Un second mouvement d'importance se profile celui de l'ouverture plus grande de la gouvernance en direction des personnes concernées⁹ afin de soutenir leur pouvoir d'agir. Les statuts de l'association ont ainsi été actualisés pour rendre effective leur participation et ainsi prendre en compte leur savoir expérientiel en complémentarité de l'action des professionnels.

Gouvernance et place des salariés

L'organisation classique décrite précédemment conserve, en raison des valeurs et principes d'action de notre association, une dimension militante où le sens à donner à notre action reste central tant dans les décisions à prendre que dans les liens institués entre les salariés et le conseil d'administration.

Notre association déploie ainsi un mode de gestion garantissant une participation active au fonctionnement général des salariés, sollicitant et reconnaissant leur engagement, leur envie d'agir.

Ce mode de gouvernance participatif engage chacun dans un partage des responsabilités autour de la mise en œuvre du projet associatif et des projets d'établissements.

Le fonctionnement participatif de l'association est matérialisé par :

- l'existence de lieux et de temps de dialogue nombreux organisés en amont des orientations et décisions à prendre ;
- une instance statutaire spécifique à l'association, transversale à l'ensemble des secteurs d'activité, dénommée « Conseil de coordination associatif », qui a la particularité d'être un lieu d'expression polymorphe ouvert à tous les salariés en présence de représentants du Conseil d'administration ;
- un projet social associatif qui consacre la responsabilité individuelle et collective par l'autonomie confiée aux équipes et au principe de subsidiarité appliqué ;
- une **CMSE** transversale reflet de l'organisation des différents secteurs de l'association ;
- une participation statutaire du président de la **CMSE** et du directeur de l'association aux réunions mensuelles du Bureau du Conseil d'administration ;
- les instances qui concernent les personnes accompagnées : conseils de vie sociale, conseils de concertation.

Gouvernance et place des personnes concernées

Le pouvoir d'agir des personnes concernées est un enjeu important pour la citoyenneté et pour la démocratie sanitaire. **SMC** entend participer à ce mouvement en écho de son projet originel qui avait fixé l'ambition d'associer aux déploiements de ses activités toutes les parties prenantes concernées par la santé mentale.

Ce projet associatif crée donc les conditions d'une participation effective des représentants des bénéficiaires de nos dispositifs à sa mise en œuvre et à terme à sa co-construction. Il s'agit d'accroître leur pouvoir d'action, d'être à leur écoute dans un espace décisionnaire et de les associer aux responsabilités.

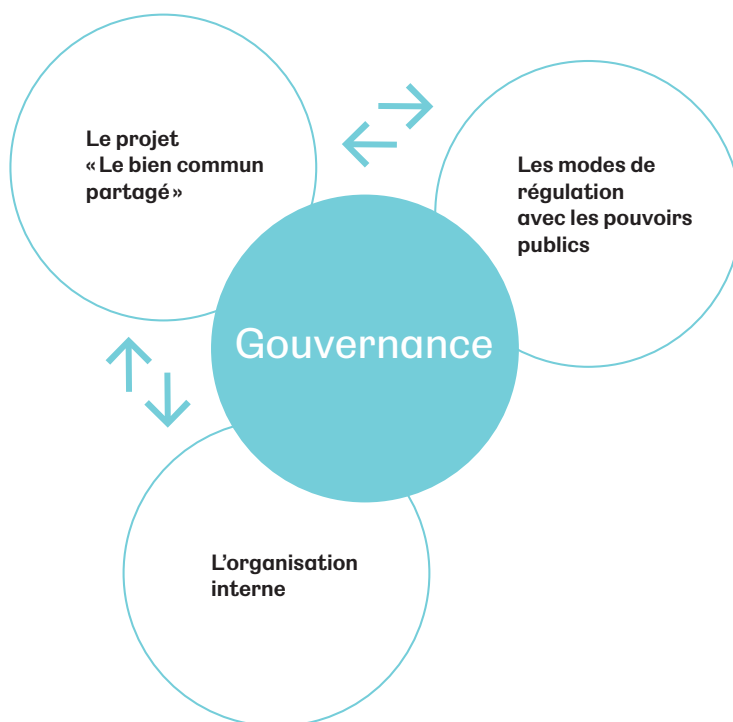
8 « Mode de pilotage et de régulation, la gouvernance désigne les règles et les processus qui définissent de quelle manière les acteurs concernés participent à la concertation, à la délibération et à la prise de décision qui orientent les actions d'une structure. Fruit d'une négociation entre les parties prenantes, la gouvernance traite de la question de l'exercice et du partage du pouvoir comme du partage des responsabilités. »

Cette définition est issue du document co-construit par La Fonda, la Région Rhône-Alpes et Le Mouvement associatif Rhône-Alpes dans le cadre des rencontres régionales des réseaux associatifs intitulé *Gouvernance et engagements associatifs : enjeux et leviers pour agir*.

9 Personnes concernées ou ayant été concernées par la maladie mentale.

Actions à réaliser — Perspectives à cinq ans

- Former les administrateurs au rôle d'administrateur bénévole : repérer et analyser les déterminants de la responsabilité des administrateurs dans la gouvernance associative, identifier les champs de compétence respectifs des gouvernants et des dirigeants, les outils de la gouvernance ;
- diversifier les administrateurs et renforcer l'attractivité de **SMC** à l'égard de futurs administrateurs ;
- rédiger une charte du bénévolat précisant les conditions d'accueil et d'engagement ;
- créer les conditions d'une implication des administrateurs dans le fonctionnement de l'association et de ces établissements, dans la mise en œuvre des différents projets ;
- organiser la représentation de **SMC** dans le réseau via les participations au **CA** de nos partenaires ou autres actions des réseaux d'appartenance... ?
- définir les conditions d'accueil et de soutien des personnes concernées au sein de notre gouvernance (Cf. fiche action **PTSM** *Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale*).



8

Orientations stratégiques

Santé mentale & communautés maintient son engagement au déploiement d'une psychiatrie relationnelle,

d'un soin psychique ancré dans la réalité quotidienne des personnes accompagnées pour permettre leur rétablissement psychique et social, dans un contexte de profonde transformation des secteurs sanitaire et médico-social, de changement de paradigme avec le déploiement du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale soutenue tant par les pouvoirs publics que par les personnes concernées et leur entourage aidant.

Santé mentale & communautés entend également poursuivre sa participation au déploiement d'activités ambulatoires (soins et accompagnement) en complémentarité avec les partenaires. Pour ce déploiement, au sein d'une société inclusive, nous soutenons :

- une pluralité de méthodes et d'interventions pouvant aller jusqu'à la transdisciplinarité ;
- une liberté de choix pour toute personne sollicitant un soin ou un accompagnement médico-social, social ;
- un consentement éclairé de toute personne concernée par la maladie mentale au travers d'une information exhaustive sur les différentes thérapeutiques à sa disposition ;
- un temps nécessairement long voire lent pour un accompagnement de qualité, bienveillant tant pour les personnes concernées, les aidants que pour les professionnels.

Il n'est pas un parcours, une thérapie, un accompagnement social ou médico-social, une psychoéducation mais des parcours et modalités plurielles, complémentaires pour soutenir, accompagner vers le rétablissement psychique, social et fonctionnel.

Pour la réflexion et la détermination de nos axes stratégiques nous avons pris appui sur :

- la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022 qui réaffirme le principe porté par l'Organisation mondiale de la santé selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France. Elle comporte quatre axes complémentaires :

Axe 1 Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux.

Axe 2 Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Axe 3 Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé.

Axe 4 Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

- la *Feuille de route* Santé mentale et psychiatrie 2018 définit autour de trois axes :

- promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

- le Projet régional de santé (PRS) 2018 — 2028 Auvergne Rhône-Alpes et son Cadre d'orientation stratégique (COS) qui entend répondre aux enjeux de santé publique suivants :
- prévention et promotion de la santé mentale, notamment en milieu scolaire et en direction des jeunes ;
 - accès le plus précoce possible au repérage et au diagnostic, aux soins, notamment de réhabilitation, aux accompagnements et aux services gradués et coordonnés sur tous les territoires ;
 - adaptation de l'offre aux besoins et aux attentes des personnes et développement de dispositifs adéquats favorisant l'ambulatoire, l'accompagnement au domicile et le soutien aux aidants dans l'optique d'assurer des parcours individualisés ;
 - renforcement des droits et du respect des personnes.
- Ma santé 2022¹⁰ — Un engagement collectif pour une « meilleure organisation des professionnels de santé » avec l'objectif d'une meilleure coopération au service du patient. Elle fixe également comme priorité la qualité et la pertinence des soins au cœur de la transformation de notre système de santé avec l'exigence de mise en place de « réels parcours de soins coordonnés ». Le ministère se fixe l'ambition d'une réforme profonde du financement de la santé. Il s'agit de « passer d'un système qui favorise la multiplication des actes et de l'activité à un financement incitant à la prévention, soutenant la coopération entre les professionnels et réaffirmant la qualité comme objectif premier de la prise en charge¹¹ ».

¹⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

¹¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/reformer-le-financement-pour-encourager-qualite-et-cooperation>

¹² PTMS du Rhône 2020 — 2025, p. 16 à 17.

- le PTSM du Rhône au travers de ces six ambitions¹² et fiches actions :

Ambition 1 Donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale.

Ambition 2 Permettre aux personnes concernées d'être parties prenantes de la conception, de l'organisation et de l'évaluation des réponses, dispositifs et pratiques de santé mentale, y compris à travers la reconnaissance de leur savoir expérientiel.

Ambition 3 Développer une dynamique d'innovations : pair aidance professionnelle, prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques, case management, infirmiers de pratique avancée (IPA), travail d'abord, logement d'abord...

Ambition 4 Construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se détachant d'une vision centrée sur l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes.

Ambition 5 Développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités.

Ambition 6 Développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire. Plus globalement, volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs.

Nos axes stratégiques pour les cinq prochaines années sont au nombre de six :

Axe 1 Soigner et accompagner au domicile — Aller vers.

Axe 2 Prévenir les maladies psychiatriques et favoriser l'accès aux soins.

Axe 3 Soigner la crise psychique et les souffrances traumatiques.

Axe 4 Favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté.

Axe 5 Explorer une recherche de financement privé.

Axe 6 Définir notre contribution au développement durable.

8

Axe 1 Soigner et accompagner au domicile

Aller vers, partager la vie quotidienne des personnes accompagnées¹³.

Santé mentale & communautés, dès sa création en 1968, a développé des prises en charge au domicile des patients dans le cadre de conventions de soins signées¹⁴ avec la Caisse centrale de sécurité sociale du Rhône. Le soin à domicile puis l'hospitalisation à domicile (1971) inaugurent alors la véritable entrée dans la psychiatrie communautaire.

L'idée est d'interagir avec le milieu social du patient, son entourage, d'entrer dans une relation à trois ; conception soutenue tant par Jacques Hochmann que par Marcel Sassolas.

Une autre idée est d'éviter l'hospitalisation ou de raccourcir sa durée, à l'époque, de participer au « désencombrement de l'hôpital psychiatrique (...) ». C'est une première forme de complémentarité potentielle entre l'hospitalier et l'extrahospitalier qui se crée¹⁵.

Les dernières grandes lois promulguées fin 2015 et début 2016 (loi d'adaptation de la société au vieillissement et loi de modernisation du système de santé) ont confirmé le soutien par les pouvoirs publics du domicile en tant qu'indicateur de première intention pour le soin et l'accompagnement des personnes vulnérables.

Plus récemment, d'autres politiques publiques soutiennent également l'importance du domicile dans l'accompagnement des personnes :

- la *Feuille de route* Santé mentale et psychiatrie (2018) dans son action 9 fixe l'objectif de développer des prises en charge ambulatoires, (y compris intensives) au domicile du patient (y compris en ESMS). « L'intervention à domicile fait partie intégrante de l'organisation des soins ambulatoires de proximité dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur. » ;

- le plan quinquennal 2018 — 2022 pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme propose une réforme structurelle de l'accès aux logements pour les personnes sans domicile. Dans ce sens, la Métropole de Lyon affirme parmi ses principes pour « guider l'action » que « le logement est un besoin fondamental et un droit. (...) Il n'y a pas de caractère prédictif dans la capacité des personnes à investir et à se maintenir dans un logement. L'accompagnement dans son contenu, sa durée et son intensité, doit s'adapter aux besoins et aux projets des personnes concernées ». Un de ses objectifs est de prévenir les expulsions locatives liées à un logement trop cher ou à des problématiques médicales ou psychosociales non prises en charge, sans solution alternative ;

- le **PTSM** du Rhône 2020 — 2025 inscrit également cette dimension¹⁶ de l'accompagnement au cœur de ses ambitions d'aller vers, d'éviter les ruptures de soins par des postures proactives et des organisations flexibles, agiles, de développer des alternatives à l'hospitalisation dont les soins intensifs au domicile ou encore développer des soins ambulatoires de crise gradués et coordonnés.

Aujourd'hui, le principal lieu de vie des personnes que nous accompagnons est leur domicile. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)¹⁷ indique dans son rapport 2019 *Chiffres clés de l'hospitalisation* que 87 % des patients pris en charge en psychiatrie sont exclusivement en ambulatoire mais seulement 6 % au domicile du patient.

Nous maintiendrons, avec l'ambition d'un développement, dans les cinq prochaines années nos interventions, tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation, dans le cadre d'une dynamique de coordination de l'ensemble des intervenants concernés par chaque accompagnement.

Au fil du temps, nos interventions de soins se sont diversifiées et élargies aux interventions sociales et médico-sociales suite à la création de nos activités

logement (bail glissant, appartement d'essai, résidence sociale, équipe mobile de liaison sociale notamment) et à la création du **SAMSAH** Paul-Balvet (Service d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap).

Fort de notre expérience et de notre savoir-faire, nous avons participé à un retour d'expérience national réalisé en janvier 2015 par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) aux côtés de treize autres structures. Le rapport préconise de préserver la diversité des modalités d'intervention à domicile (**IAD**) avec l'idée notamment qu'elles permettent une adaptabilité aux besoins des personnes concernées.

Notre service de soins psychiatriques intensifs à domicile créé en 2011 a également fait l'objet d'une enquête de la Cour des Comptes en 2013¹⁸ en vue d'une publication au Parlement intitulée Hospitalisation à domicile. Elle indique : « *les expérimentations d'HAD en psychiatrie mériteraient d'être mieux recensées et évaluées au niveau national : si elles apportent la démonstration de leur valeur ajoutée par rapport aux équipes mobiles de secteur, elles sont susceptibles d'apporter des réponses adaptées à des patients, qui, en l'absence du dispositif, seraient hospitalisés.* »

Nous soutenons le développement significatif des **HAD** spécialisées en psychiatrie versus **HAD** généralistes et souhaitons leur reconnaissance.

Nos dispositifs concernés

- Dispositifs de soins : Le centre de crise à domicile (L'**HAD**), le **LAPS**, les communautés thérapeutiques ;
- dispositifs sociaux et médico-sociaux : le **SAMSAH** Paul-Balvet, la résidence sociale Ferdinand-Buisson, les dispositifs de notre pôle logement Orloges — Bail glissant, les Appartements d'essai, l'Équipe mobile de liaison sociale, les résidences accueils.

Dans le cadre d'interventions coordonnées, pluridisciplinaires et en complémentarité d'établissements, nos objectifs sont :

- placer la personne que nous accompagnons au centre de nos dispositifs dans une position active ;
- prendre en compte la personne dans son environnement de vie et en lien avec son entourage ;
- inscrire nos interventions dans une co-construction tenant compte du parcours de vie de la personne ;
- éviter, limiter, compléter, remplacer le recours à l'hospitalisation ;
- collaborer en amont et en aval avec les différents acteurs sanitaires et sociaux ;
- coordonner les différents intervenants autour de la personne concernée et de sa vie sociale ;
- organiser les relais : vers les équipes de soins, les partenaires sociaux (assistants sociaux, représentants légaux, intervenants à domicile, etc.) ;

- favoriser l'accès à un logement et le maintien au domicile ;
- participer activement à la reconnaissance par les pouvoirs publics des services de soins psychiatriques intensifs à domicile en l'absence de labellisation **HAD** (Hospitalisation à domicile)¹⁹.

Perspectives à cinq ans

- Développer des antennes de l'Équipe mobile de liaison sociale ;
- créer :
 - une 3^e résidence accueil ;
 - des habitats collectifs, inclusifs.
- répondre à des appels à projet identifiant le domicile comme lieu de l'intervention de soins et/ou d'accompagnement.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre d'hospitalisations programmées (urgence évitée) ;
- taux d'hospitalisation durant les interventions de soins et d'accompagnement ;
- taux de rencontres avec l'entourage ;
- réalisation des projets (développement des antennes...) inscrits dans les perspectives à cinq ans ;
- taux d'interventions réalisées en partenariat.

13 Dans l'objectif de « garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité » Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie, 2018, Axe 2.

14 Dès le 26 juin 1968, une autorisation de la CPAM permet à SMC de réaliser des interventions à domicile auprès des patients psychotiques, afin « d'éviter aux malades l'institutionnalisation ». En 1972, une convention d'hospitalisation à domicile est signée avec la CRAM. En 1989, une convention est signée avec le préfet qui précise le service d'HAD. Dans les années 1990 et pendant une vingtaine d'années, l'activité d'HAD a été stoppée.

Début 2009, les hôpitaux sectorisés alertaient l'ARS Rhône-Alpes sur la saturation des lits d'hospitalisation psychiatrique. L'ARS a alors réuni l'ensemble des établissements de psychiatrie sectorisés ou non du département du

Rhône. SMC, représentant une association atypique en raison de son activité extrahospitalière, proposa de réfléchir à une alternative à l'hospitalisation et de créer une HAD psychiatrique à titre expérimental, en s'appuyant sur la circulaire DHOS/O n° 44 du 04 février 2004. L'ARS confie à SMC le montage du projet d'expérimentation et lui donne en octobre 2011 une autorisation d'expérimentation d'une HAD psychiatrique pour trois ans, sous le label « équipe mobile intersectorielle de soins à domicile ou au substitut du domicile ». En 2014, le dispositif est pérennisé en centre de crise au domicile et fait l'objet d'un avenant au CPOM sanitaire en septembre 2015.

15 Élise Leclerc, Santé mentale & communautés, *D'une expérience pionnière de la psychiatrie de secteur à la déssectorisation*. Master de recherche en histoire, mémoire de 2^e année sous la direction de Mme Isabelle von Bueltingssloewen.

16 Fiche action *Développer et diversifier la palette de solutions de logement (du logement autonome au logement collectif) et d'accompagnement dans le logement*.

17 <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>

18 Rapport relatif à la sécurité sociale 2013 intitulé *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013*, chapitre IX, p. 253 à 277.

19 Santé mentale & communautés est membre fondateur de l'association **ASPIAD** (Association nationale des services de soins psychiatriques intensifs à domicile) au côté des CHU de Nantes et de Montauban. L'ASM 13 et le CHU de Lille envisagent d'y adhérer.

8

Axe 2 Prévenir les maladies psychiatriques et favoriser l'accès aux soins

Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ^{20, 21}.

« Selon l'OMS, un européen sur quatre est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. Or, la prévention et les interventions précoces sont insuffisantes et les diagnostics trop tardifs. Les ruptures de parcours sont trop nombreuses et entraînent une détérioration des trajectoires de soins et de vie. L'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne correspondant aux capacités et aux choix des personnes sont insuffisants, et la stigmatisation relative aux troubles psychiques est encore trop prononcée ²². »

En outre, la prévention des maladies psychiatriques et l'accès aux soins représentent un enjeu majeur de santé publique tant ces pathologies peuvent susciter le rejet, les fantasmes, les peurs jusqu'à entraîner la stigmatisation de celles et de ceux qui en sont atteints. La psychiatrie en France représente 2,4 millions de personnes et 20,5 millions d'actes ambulatoires en 2015.

Nous sommes convaincus que notre système de santé et de solidarité doit s'engager dans un réel virage préventif au sein de parcours de santé et de vie adaptés à chacun et accessibles à tous.

La stratégie nationale de santé 2018 – 2022 met au premier plan les enjeux de la prévention ²³ notamment en direction des personnes les plus vulnérables.

Ces enjeux, en raison des inégalités sociales et territoriales connues, doivent trouver une réponse au travers d'actions coordonnées entre soignants, accompagnants, personnes concernées par la maladie mentale ²⁴ et leur entourage.

Elles doivent aussi tenir compte de la volonté exprimée des personnes concernées d'être actives dans leur programme de soins, de choisir leur accompagnement et ainsi pouvoir prendre les décisions qui concernent leur santé, la manière de les maintenir en bonne santé. Cette démarche doit donc impérativement se faire dans une co-construction avec la personne concernée.

Santé mentale & communautés se situe dans l'esprit de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la santé non seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social ».

Au sein de notre association, la prévention ²⁵ se déploie au niveau primaire, secondaire et tertiaire, en fonction des dispositifs : accueillir, évaluer et soigner, faciliter l'accès aux soins, aller vers, prévenir les ruptures de soins et ruptures de droits, former les personnes concernées et les professionnels, la perte d'un logement, aller vers, évaluer la situation sociale, orienter vers, favoriser l'accès aux droits, former les personnes concernées, les rendre compétentes.

Plusieurs dispositifs ou pôle concourent à cet axe stratégique :

- le **PJA** (Pôle jeunes adultes, 16 — 25 ans);
- le **LAPS** (Lien accueil parentalité & soin);
- le Pôle crise;
- les groupes thérapeutiques à médiation au long cours;
- les psychothérapies;
- le **SAMSAH** Paul-Balvet;
- l'équipe mobile de liaison sociale;
- les appartements d'essai.

Dans le cadre d'interventions coordonnées, pluridisciplinaires et en complémentarité d'établissements, nos objectifs sont :

- accueillir, évaluer, prendre en charge et/ou orienter auprès de partenaires du soin ou du médico-social;
- repérer précocement les situations de souffrance psychique et intervenir ou orienter au plus vite (travail coordonné et en complémentarité avec nos partenaires);
- renforcer les compétences psychosociales de la personne concernée, de son entourage;
- éviter la crise psychique et l'urgence, prévenir le suicide et la récurrence suicidaire;
- prévenir la chronicisation;
- permettre une première rencontre non stigmatisante avec le soin psychique;
- faciliter l'accès au soin psychique pour tous, grâce à un financement public, à des dispositifs souples;
- prévenir les ruptures de soins;
- prévenir les ruptures de droit pour chaque personne accompagnée;
- informer et former à l'accès aux droits;
- prévenir les expulsions du domicile;
- participer à l'organisation d'événement de lutte contre la stigmatisation (**SISM** notamment);
- participer ou organiser des actions d'information et de formation du grand public (forum...).

Perspectives à cinq ans

- Maintenir et développer les moyens en personnel pour renforcer nos activités de prévention et de soin, et de dynamique partenariale;
- développer une équipe mobile périnatale.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de primo accédants aux soins;
- taux de conversion en soin après le premier contact;
- diversité des partenariats (schéma);
- taux de ruptures de prise en charge ou de perte de droits;
- nombre d'actions de lutte contre la stigmatisation ou de formation/information;
- réalisation des projets inscrits dans les perspectives à cinq ans.

20 *Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018, Ministère des solidarités et de la santé, Axe n° 1.*

21 **PTSM** du Rhône 2020 — 2025, Fiches actions *Développer la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques sur le territoire, Développer les dispositifs de collaboration et de suivi partenariat psychiatrie/médecine générale et structurer le premier recours en santé mentale autour des soins primaires (CPTS), Déployer la stratégie de prévention du suicide, Périnatalité et santé mentale.*

22 *Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie, p. 4.*

23 « Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an, dont :

- 65 milliards pour la perte de qualité de vie;
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides, 13,4 milliards dans le secteur médical;
- 6,6 milliards pour le secteur médico-social. »

Feuille de route.

24 *Atteintes de troubles psychiques ou souffrant de troubles psychiques et/ou en situation de handicap psychique.*

25 « Les actions de prévention comprennent l'ensemble des actions qui permettent soit de prévenir la survenue des problèmes de santé (prévention primaire), soit de les détecter précocement et d'éviter leur aggravation (prévention secondaire), soit encore de pallier leurs conséquences ou complications (prévention tertiaire). La prévention est dite "passive" lorsqu'elle ne nécessite pas la participation active des personnes concernées (par exemple lorsque l'on modifie l'environnement pour supprimer l'exposition à un danger). » Stratégie Nationale de Santé 2018 — 2022, p. 10.

8

Axe 3 Soigner la crise psychique²⁶ et les souffrances traumatiques

Développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire²⁷.

Cet axe stratégique est central dans notre offre de soins ambulatoires alternatifs à l'hospitalisation psychiatrique depuis plusieurs décennies en lien particulièrement étroit avec les services d'urgence et d'immédiate post-urgence de la Métropole de Lyon ainsi qu'avec la médecine de ville.

Ces liens peuvent s'organiser au sein des services d'urgence au chevet du patient ou lors des relèves. Cette proximité avec l'urgence est pensée pour favoriser le passage de l'hôpital vers le soin ambulatoire.

Ces soins tendent aux objectifs suivants :

- participer à la fluidité des urgences ;
- prévenir le suicide et la récurrence suicidaire ;
- proposer une offre de soins alternative à l'hospitalisation en amont et en aval des urgences et des hospitalisations psychiatriques classiques ;
- prévenir et prendre en charge la crise psychique ;
- prendre en charge des pathologies émergentes ;
- favoriser l'accès aux soins.

Ces dispositifs se situent donc soit dans l'immédiate post-urgence soit dans la post-urgence. Ils s'organisent autour de trois types de prise en charge intensive complémentaire :

- une prise en charge en ambulatoire groupale ;
- une prise en charge résidentielle ;
- une prise en charge dans le milieu de vie du patient.

Au sein de notre association, la crise est perçue comme un moment de débordement, de désorganisation psychique, de décompensations suicidaires et/ou psychotiques, mais aussi comme un moment de développement et de transformation des capacités d'adaptation psychique du sujet.

Les différents dispositifs de **SMC** envisagent le potentiel fécond de la crise dans une intervention qui place l'adhésion du patient au cœur de la rencontre thérapeutique.

L'implication des soignants comme support du changement psychique au sein même du processus thérapeutique est essentielle.

Il s'agit de proposer aux patients dans différentes temporalités de la crise, soit un soin intensif de courte durée (deux mois), soit un soin au plus long cours (périnatal, jeunes adultes) :

- une rencontre signifiante autour de la crise et du traumatisme ;
- de créer les conditions d'adhésion du patient à une expérience de soin psychique qui inclut des aspects émotionnels et symboliques lui permettant, grâce à ses ressources, d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique.

Plusieurs dispositifs concourent à cet axe : le centre de crise à domicile, le centre de crise ambulatoire, le centre de crise résidentiel, le **LAPS** et le **PJA**.

Dans le cadre d'interventions coordonnées, pluridisciplinaires et en complémentarité avec nos partenaires, nos objectifs sont :

- proposer des dispositifs de soins réactifs, souples et adaptables dans la mise en place du soin avec maîtrise des délais, tenant compte du mode de vie du patient ;
- sécuriser et contenir l'urgence, proposer une écoute à l'événement traumatique afin qu'il puisse devenir représentable et prendre sens pour le patient dans sa trajectoire de vie ;
- traiter et accompagner les effets des violences sociales et familiales : deuil, rupture, violence psychique et/ou sexuelle, traumatismes, etc. ;
- proposer les conditions de la transformation psychique avec une adhésion aux soins, une contractualisation du projet de soin ;
- coordonner les soins de crise en amont et en aval avec l'ensemble des partenaires du soin du patient ;
- inscrire notre offre de soins de crise dans une dynamique de réseau.

26 *Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018, Ministère des solidarités et de la santé, Axe n° 1, Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide.*

PTSM du Rhône 2020 – 2025, Fiches actions *Développer la prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques sur le territoire, Déployer la stratégie de prévention du suicide, Ambition 6, Développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire.* Plus globalement, volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs → apporter une réponse ambulatoire et mobile aux situations de crise, développer les alternatives à l'hospitalisation, dont les soins intensifs à domicile.

27 *Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018, Ministère des solidarités et de la santé, Action 9, Développer des prises en charge ambulatoires, (y compris intensives) au domicile du patient (y compris en ESMS). «L'intervention à domicile fait partie intégrante de l'organisation des soins ambulatoires de proximité dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur.»*

Perspectives à cinq ans

- Formaliser un répertoire de toutes les adresses de nos partenaires ;
- mieux faire connaître nos dispositifs, améliorer notre communication en direction de tous les acteurs de Ville et de nos partenaires ;
- être centre partenaire dans le cadre du dispositif Vigilans ;
- participer aux réseaux de formation autour de la crise psychique et valoriser notre expertise ;
- former les soignants à la prévention du suicide et à la gestion de la crise suicidaire ;
- créer :
 - une résidence thérapeutique pour jeunes en souffrance psychique ;
 - un dispositif de soins intensifs itinérants dans les zones non couvertes (territoire à préciser avec l'ARS Auvergne Rhône-Alpes et les partenaires concernés).

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de recontacts des personnes ayant fait une tentative de suicide ;
- taux de récurrence dans la période « début de la prise en charge et entretien de recontact à six mois » ;
- nombre d'entretiens familiaux réalisés ;
- nombre de salariés formés à la prévention du suicide et à la gestion de la crise suicidaire ;
- taux de rupture de soin (arrêt de prise en charge ou refus d'un relai de soin ambulatoire) ;
- les actions de formations réalisées ;
- la réalisation des projets inscrits dans les perspectives à cinq ans.

8

Axe 4 Favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté

Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique [28](#), [29](#).

La Commission européenne, dans son rapport de 2000³⁰, définit l'inclusion sociale comme un processus qui garantit que les personnes en danger de pauvreté et d'exclusion sociale obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle, et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent. L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prise de décision qui affectent leur vie et un meilleur accès à leurs droits fondamentaux.

La loi du 11 février 2005 engage les pouvoirs publics et la société dans son ensemble à prendre les mesures nécessaires pour garantir l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Elle incite à développer l'accessibilité à l'ensemble des services de droit commun, dans les différents domaines de vie (santé, logement, loisirs, emploi...), et cherche à rendre les personnes pleinement actrices de leur existence. Le déploiement de la réhabilitation psychosociale introduit un nouveau paradigme en amenant chaque professionnel et la société, de façon globale, à centrer leurs actions « moins sur la maladie que sur la personne malade qu'il faut aider à s'adapter à ses incapacités »³¹. Tous les acteurs de la santé mentale sont donc invités « à se repositionner pour permettre [aux personnes concernées] de se maintenir et d'évoluer favorablement dans la cité ».

Santé mentale & communautés, ses professionnels, ont toujours placé la personne concernée en position active, capable d'agir et de prendre des décisions en intervenant dès la création des premiers dispositifs au plus près de leur vie quotidienne. Cette dernière est considérée comme un outil thérapeutique, pouvant avoir un impact positif sur le fonctionnement psychique de la personne accompagnée. Partager sa réalité, son environnement, prendre en considération son entourage sont autant d'éléments structurants de

leur inclusion sociale et citoyenne. Cette médiation est structurellement inscrite dans nos interventions. « Soigner est un acte intellectuel » disait Marcel Sassolas pour inciter chacun à prendre en considération l'intelligence de celui que l'on accompagne et pas uniquement sa maladie.

Pour favoriser l'inclusion sociale et l'exercice de la citoyenneté des personnes accompagnées, nous nous fixons deux priorités :

- s'appuyer sur leur capacité à être acteur de leur propre vie, au sein d'une société inclusive qui les considère comme citoyen à part entière ;
- maintenir l'organisation de nos dispositifs, nos pratiques et postures professionnelles au soutien de leur autonomie et de leurs processus de rétablissement psychique et social.

Plusieurs dispositifs concourent à cet axe :

le **SAMSAH** Paul-Balvet, le **FAM** Le Florian de transition, **L'HAD**, les dispositifs favorisant l'accès au logement (appartement en bail glissant, appartement d'essai, résidences accueil), la résidence sociale Ferdinand-Buisson ou encore les dispositifs favorisant le maintien à domicile comme l'équipe mobile de liaison sociale, les communautés thérapeutiques.

Dans le cadre d'interventions coordonnées, pluridisciplinaires et en complémentarité avec nos partenaires, nos objectifs sont :

- prendre en compte la singularité de chaque personne ;
- promouvoir les capacités à décider et à agir des personnes concernées ;
- former, renforcer leur compétence en matière d'accès à leurs droits notamment à partir des outils numériques ;
- veiller au maintien, prévenir la perte de leurs droits ;
- veiller à la continuité des soins ;
- informer chaque personne accompagnée de la possibilité pour elle d'élaborer ses mesures anticipées en cas de crise aiguë ;
- soutenir leur participation à des activités de socialisation de droit commun (loisir, sport, culture) et d'insertion professionnelle ;
- promouvoir leur place dans les instances décisionnelles en santé mentale³² ;
- participer à l'organisation d'événement de lutte contre la stigmatisation ;
- participer ou organiser des actions d'information et de formation.

Perspectives à cinq ans

- Répondre aux appels à projet favorisant l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique ;
- créer un café associatif solidaire et ouvert à tous ;
- associer des personnes concernées à la gouvernance de **SMC** ;
- prendre en considération le développement massif de la digitalisation avec notamment la cyberadministration, afin d'éviter l'illectronisme ou toute fracture numérique des personnes concernées.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Plusieurs indicateurs ont été retenus afin d'évaluer l'efficacité des actions entreprises :

- orientation des résidents à la fin de l'accompagnement, taux de participation à des activités socialisantes « ordinaires » ;
- nombre d'accès aux logements de droit commun ;
- nombre de personnes maintenues dans leur logement suite à risque d'expulsion ;
- évolution du taux de participation à des activités « ordinaires » à l'entrée et à la sortie des dispositifs ;
- nombre de participations ou organisations à des actions de lutte contre la stigmatisation ;
- nombre de participations ou organisations à des actions d'information et de formation.

28 *Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie* du 28 juin 2018, Ministère des solidarités et de la santé, Axe n° 3.

29 **PTSM** du Rhône 2020 – 2025, Fiche action « Développer les parcours coordonnés de manière transversale sur le territoire ».

30 Rapport conjoint de la Commission et du Conseil sur l'inclusion sociale.

31 Gilles Vidon, psychiatre, praticien hospitalier, ancien membre du board de la World Association of Psychosocial Rehabilitation — Préface, *Traité de réhabilitation psychosociale*, sous la direction de Nicolas Franck, éd. Elsevier, juin 2018.

32 Fiche action du **PTSM** du Rhône 2020 – 2025, *Systematiser la présence des personnes concernées dans les instances et lieux de décision en santé mentale*.

8

Axe 5 Explorer une recherche de financement privé

Plusieurs constats nous conduisent à vouloir expérimenter une recherche de financements complémentaires au financement public reçu dans le cadre de nos arrêtés d'autorisation d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le premier est la raréfaction de ces financements dans un contexte de crise économique et de fléchage de ces financements vers des priorités de santé publique auxquelles nous ne sommes soit pas en capacité de répondre ou pour lesquelles nos établissements ne seront pas ciblés. Nous avons ainsi dû faire face en 2017, au retrait du financement de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, qui a permis le déploiement durant deux ans du dispositif d'accompagnement familial thérapeutique; sans prévenance, sans explication et sans évaluation de la pertinence et de l'efficacité des prises en charge.

Le second est lié à l'instauration en 2010 via la loi HPST d'une concurrence entre établissements. Cette mise en concurrence rend plus incertaine notre capacité à créer de nouveaux dispositifs utiles aux personnes que nous accompagnons.

Le troisième constat: en dehors des financements publics, l'association depuis la fin du Cours sur les techniques de soins psychiatriques de secteur en 2012 ne dispose plus d'aucune marge de manœuvre budgétaire.

Le quatrième constat est le déploiement de la digitalisation. Il nous faut, ainsi que les personnes concernées, faire face à cette transformation numérique et à ses effets sur nos accompagnements notamment avec la cyberadministration³³ qui peut aggraver les inégalités et les mises à l'écart, et sur notre organisation³⁴. Le Web devient le canal privilégié et conduit à une refonte des modes de communication et d'information. L'utilisation des technologies de l'information et de la communication est rendue obligatoire.

Enfin, le mécénat se développe et apparaît comme une activité d'intérêt général distincte, de la RSE, du sponsoring et de l'investissement à impact social.

³³ Elle crée une obligation d'usage pour obtenir ses droits, suivre l'avancée de son dossier, trouver les informations nécessaires, remplir un formulaire de demande de prestation, rechercher un logement, un emploi...

³⁴ La crise Covid a révélé avec acuité nos difficultés à appréhender dans un contexte contraint l'utilisation de l'outil numérique comme moyen d'accompagnement et de travail entre professionnels.

Ces différents constats nous conduisent à envisager de :

- explorer, diversifier ses ressources pour se donner de nouvelles marges de manœuvre notamment en matière d'investissement immobilier, informatique;
- rechercher des compétences nouvelles : stratégie digitale et communication en faisant appel au mécénat de compétences.

Notre démarche s'appuie sur un contexte favorable de déploiement du mécénat. Le dernier baromètre Admical³⁵ confirme la hausse du mécénat « tant en nombre de mécènes qu'en budget alloué, et malgré un contexte économique morose, 72 % des entreprises mécènes prévoient de stabiliser leur budget mécénat en 2021 pour faire face aux besoins massifs des associations. »

Admical³⁶ observe que depuis plus d'une décennie « le nombre d'entreprises mécènes ne cesse d'augmenter. C'est en moyenne 10 000 entreprises supplémentaires qui deviennent mécènes chaque année. Une progression constante qui se confirme entre 2017 et 2018 avec près de 12 000 nouvelles entreprises mécènes en un an. Au total, en 2018, la France compte 96 000 entreprises ayant déclaré leurs dons auprès de l'administration pour un montant de plus de 2 milliards d'euros. (...) Admical estime que le nombre total d'entreprises mécènes en France est toujours de 9 % pour un montant global de dons compris entre 3 et 3,6 milliards d'euros. »

« Les domaines du social, de la culture et de l'éducation restent les trois domaines prioritaires soutenus par les mécènes. À eux seuls, ils captent 55 % du budget global du mécénat. (...) »

Objectifs

- Identifier les mécènes d'entreprises sur le territoire et les fondations œuvrant dans notre champ d'intervention;
- construire les outils de communication nécessaires;
- développer la collecte de fonds et de partenariat auprès des entreprises et fondations identifiées;
- à terme, étudier et tester une démarche de crowdfunding.

Perspectives à cinq ans

- Restructurer le siège et le centre de soins ambulatoires;
- créer un café associatif solidaire et ouvert à tous;
- développer notre offre de psychothérapies individuelles et groupales (notamment l'accompagnement familial thérapeutique);
- créer une résidence thérapeutique pour jeunes étudiants en souffrance psychique → recherche d'un foncier (legs, ...);
- rechercher du foncier et des dons en nature (véhicules, ...).

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Création d'une base de prospects;
- création des supports de communication;
- mise en place d'un mécénat de compétence / stratégie digitale et communication;
- réalisation des projets et analyse des non-réalisations.

³⁵ <https://admical.org/contenu/barometre-du-mecenas-dentreprise-1>

³⁶ <https://admical.org/node/367>

Admical est une association reconnue d'utilité publique créée en 1979. Elle fédère un réseau de plus de 190 adhérents.

8

Axe 6 Définir notre contribution au développement durable³⁷

Le développement durable à Santé mentale & communautés est une démarche volontaire, attendue et une opportunité pour transformer positivement le fonctionnement de nos établissements et services.

Il s'agit d'intégrer les enjeux du développement durable dans nos pratiques professionnelles : enjeux environnementaux, sociétaux et sociaux.

Objectifs à cinq ans

- Élaborer les fiches actions prioritaires à l'échelle de notre association ;
- gérer de façon écoresponsable nos déchets ;
- optimiser les consommations d'eau, d'énergie et nos achats ;
- favoriser les modes de transports écologiques ;
- conduire des audits énergétiques de nos locaux ;
- mettre en œuvre ces actions prioritaires que nous nous sommes fixées ;
- finaliser notre politique de vie au travail et nos indicateurs de risques psychosociaux dont la pénibilité psychique ;
- contractualiser avec les entreprises externes autour des conditions de travail des personnels détachés → charte d'engagement / conditions de travail et application de la législation française³⁸ ;
- lors des appels d'offre pour des prestations externes prioriser les entreprises d'insertion de personnes en situation de handicap ;
- mettre en place une **GED**, jointe à un renforcement d'une procédure de cybersécurité.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Mise en place des actions écologiques prioritaires ;
- finalisation de notre politique **QVT** ;
- définition de nos indicateurs de prévention des **RPS** et de pénibilité psychique ;
- mise en place de la charte d'engagement des entreprises prestataires ;
- entreprises d'insertion de personnes en situation de handicap consultées lors des appels d'offre ou évolution du nombre d'heures de prestations réalisées entre 2021 et 2025 ;
- mise en place d'une **GED** (Gestion électronique des documents) : « zéro papier ».

³⁷ Le développement durable est « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs », citation de Mme Gro Harlem Brundtland, Premier ministre norvégien (1987). En 1992, le Sommet de la Terre à Rio, tenu sous l'égide des Nations unies,

officialise la notion de développement durable et celle des trois piliers (économie/écologie/social) : un développement économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable.

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1644>

³⁸ Respect de la législation française notamment des dispositions légales en matière de travail dissimulé et travail des étrangers ainsi que l'ensemble des dispositions légales applicables.

9

Présentation des dispositifs de soins et d'accompagnement

Dispositifs sanitaires			Dispositifs médico-sociaux et sociaux	
Pôle Crise	Pôle Prévention et soins psychiques	Pôle Hébergement thérapeutique	Pôle Médico-social	Pôle Hébergement et logement social
<p>L'HAD Centre de soins psychiatriques intensifs à domicile</p> <p>ALP Centre de crise ambulatoire</p> <p>La MAP Centre de crise résidentiel</p>	<p>PJA Pôle jeunes adultes + accueil des tiers</p> <p>LAPS Dispositif « Lien accompagnement parentalité soin »</p> <p>Dispositif « psychothérapies et groupes au long cours »</p>	<p>Communauté thérapeutique Le Cerisier</p> <p>Communauté thérapeutique La Baisse</p>	<p>SAMSAH Paul-Balvet</p> <p>FAM Le Florian</p>	<p>Bail glissant Orloges (Foyer et CHRS) ↓ Service de suite ↓ Appartements d'essai (APES)</p> <p>Résidences accueil</p> <p>Résidence sociale Ferdinand-Buisson</p> <p>Équipe mobile de liaison sociale</p>

9

Capacité d'accueil de nos dispositifs

Dispositifs sanitaires — Psychiatrie générale

File active annuelle
moyenne: 1 000 patients

Pôle Crise

42 places

- Centre de crise avec hébergement (TC) 7 places
- Service de soins psychiatriques intensifs à domicile 10 à 15 places
- HDJ (TP) ALP centre de crise ambulatoire d'immédiate post-urgence et de posturgence 12 à 20 places

Pôle Prévention et soins psychiques

File active moyenne:
750 patients

Activités ambulatoires

- LAPS — Prévention et prise en charge des troubles de la parentalité périnatale File active: 390 patients
- PJA — Pôle jeunes adultes évaluation, prévention et accès aux soins File active: 175 patients
- Consultations, psychothérapies individuelles et groupales File active: 185 patients

Pôle Hébergement thérapeutique

15 places

- Appartements thérapeutiques (TC) 7 + 8 places

Dispositifs médico-sociaux / sociaux**167 places**

FAM Le Florian	10 places
SAMSAH Paul-Balvet	35 places — FA 41
Résidence sociale Ferdinand-Buisson	11 logements
Bail glissant Orloges (Foyer et CHRS en logements diffus)	39 places dont 9 places de service de suite
Résidences accueil Orloges	40 places
Appartements d'essai Orloges — Accueil temporaire	7 places
Équipe mobile de liaison sociale Orloges	25 places en file active

9

Dispositifs sanitaires Pôle Crise

Le pôle Crise de Santé mentale & communautés regroupe trois dispositifs de soin de post-urgence qui proposent des soins intensifs avec élaboration d'un projet de soin personnalisé, d'une durée limitée à deux mois et pour des patients consentant au soin.

Il s'agit d'apaiser la crise puis de mettre en place un projet de soins au plus long cours.

Une réponse rapide est apportée à toute demande dans un délai de 24h à 48h.

Le Pôle a pour objectifs de fluidifier les urgences, prévenir le risque ou la récurrence suicidaire, éviter la chronicisation et favoriser l'accès aux soins. Il offre ainsi une alternative à l'hospitalisation en amont et en aval des services d'urgences.

Il peut accueillir quarante patients.

Les équipes des trois dispositifs sont composées de médecins psychiatres, d'infirmiers et de psychologues qui travaillent en lien avec l'environnement soignant — services hospitaliers et médecine de ville — social et familial des personnes en soin.

1. Centre de crise ambulatoire ALP (Accueil liaison psychothérapie)

ALP est un service de soins intensifs ambulatoires destiné à des patients adultes en situation de souffrances psychiques aiguës et notamment en crise suicidaire ne relevant pas d'une hospitalisation. Il intervient en amont et en aval des urgences.

Les prises en charge psychothérapeutiques sont intensives, individuelles et groupales. Chaque patient bénéficie de plusieurs rendez-vous par jour : entretiens individuels avec un soignant référent (infirmier ou psychologue), entretiens médicaux avec un psychiatre en collaboration avec le soignant référent et participation à différents groupes thérapeutiques de paroles ou à médiation.

La relation est constante avec les équipes prescriptrices et avec les services sanitaires ou sociaux susceptibles d'assurer le soin psychique ou l'accompagnement social ultérieurs à la prise en charge de ALP.

La suite des soins est assurée par deux rendez-vous de suivi thérapeutique à un mois et à six mois après la sortie. Ces rendez-vous ont vocation à faire le point sur la prise en charge et la santé psychique du patient, mais également à aider si besoin à établir un relai vers une prise en charge ambulatoire de plus longue durée.

2. Centre de soins psychiatriques intensifs à domicile: L'HAD

Le service de soins psychiatriques intensifs à domicile est un centre de crise au plus près du patient et de son milieu de vie.

Suffisamment contenant et mobilisable par différents acteurs de la cité — médecin de ville ou hospitalier — il intervient dans des situations aiguës dans le but de soigner précocement la crise psychique émergente et ses interactions dans l'environnement familial.

Les soins de crise imposent une collaboration étroite avec les services de soins existants pour permettre d'élaborer un projet de soin personnalisé.

Sa capacité est de quinze places pour des personnes habitant Lyon ou Villeurbanne.

Le patient est visité deux fois par jour par l'équipe de soin et des rendez-vous téléphoniques sont proposés en plus si l'état du patient le nécessite. Les consultations médicales sont hebdomadaires.

Les entretiens familiaux sont réguliers au cours du traitement et constituent une partie importante du travail de l'équipe auprès des jeunes.

La continuité des soins est assurée par une permanence téléphonique 24 h/24, 7j/7.

Pour la suite des soins, des rendez-vous bilan et à distance sont organisés afin de prévenir toute récurrence suicidaire.

Les orientations en post-soins de L'HAD sont principalement la psychiatrie de ville (psychiatres libéraux pour 39% et psychologues) et les soins ambulatoires des secteurs de psychiatrie (CMP et Hôpitaux de jour).

3. Centre de crise résidentiel :

MAP — (Maison d'accueil psychothérapique)

La MAP est un centre de soins de crise de sept places, inséré dans la cité, destiné à des patients adultes en situation de crise psychique existentielle, personnelle ou relationnelle, ayant besoin, pendant un certain temps (deux mois maximums du lundi au samedi midi), de vivre pour diverses raisons hors de leur milieu de vie habituel. Il accueille des patients en amont et en aval des urgences ou en post-hospitalisations classiques après apaisement des troubles aigus.

L'originalité de ce dispositif est la présence continue d'une équipe soignante dont la vie quotidienne côtoie celle des personnes accueillies. Cette proximité rassurante les aide à vivre leur désarroi psychique, stimule et renforce l'usage par chacun de ses capacités thérapeutiques envers soi et envers les autres.

Les patients bénéficient de soins psychothérapeutiques intensifs constitués notamment d'entretiens individuels associés à des groupes de médiation autour du quotidien, qui permettent de donner peu à peu sens aux vécus angoissants de la crise psychique.

La MAP accompagne la crise et met à profit ce moment capital pour qu'un processus de changement s'amorce. Elle permet aussi de maintenir l'autonomie du patient et ses liens avec son environnement. Elle favorise enfin le travail avec les familles et la mise en place (ou la reprise) d'un soin ambulatoire en aval du séjour.

Ce pôle participe des axes stratégiques n° 3 Soigner la crise psychique et les souffrances traumatiques, n° 1 Soins et accompagnement au domicile, n° 2 Prévention et accès aux soins et n° 4 Favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté.

9

Dispositifs sanitaires Pôle Prévention et soins psychiques

Le pôle Prévention et soins psychiques de Santé mentale & communautés propose des soins à des patients adultes et jeunes adultes traversant des périodes de vulnérabilité psychique accrue et notamment : entrée dans l'âge adulte, parentalité, précarité et difficulté d'accès aux soins psychiques.

L'environnement social et familial du patient est toujours pris en compte dans les soins proposés. Les prises en charge se déroulent selon les besoins sur un temps court, moyen ou long.

Ses objectifs sont de :

- permettre une première rencontre avec le soin psychique ;
- intervenir de façon précoce en prévention d'une majoration et d'une chronicisation des troubles ;
- proposer un soin personnalisé à des patients traversant une période de souffrance et de vulnérabilité psychiques ;
- proposer des soins psychiques sur le long cours avec orientation si nécessaire.

Les équipes sont composées de médecins psychiatres, infirmiers, éducateurs et psychologues qui travaillent en lien avec l'ensemble des professionnels du soin psychique et du soin somatique, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

Le pôle Prévention et soins psychiques de Santé mentale & communautés regroupe trois dispositifs intersectoriels de soins ambulatoires.

1. Pôle jeunes adultes (PJA)

Le PJA est un service de prévention et de soins ambulatoires en direction des jeunes adultes de 16 à 25 ans en souffrance psychique, de leur famille et des professionnels qui les accompagnent.

Il reçoit essentiellement des jeunes rencontrant pour la première fois des difficultés ou troubles psychiques, ayant eu peu ou pas de soins auparavant et ne nécessitant pas une prise en charge en CMP. Le principal objectif de ce service est d'amener progressivement les jeunes vers le soin psychique.

2. Dispositif Lien accompagnement parentalité soin (LAPS)

Le service LAPS est un dispositif de soins psychiques de périnatalité qui propose une prise en charge psychothérapique individuelle, familiale et groupale à des adultes en situation de vulnérabilité et /ou de souffrance psychique autour de la naissance.

Son objectif est de proposer un soin à des adultes traversant une crise périnatale et de prévenir les troubles du lien.

3. Dispositif « psychothérapies et groupes au long cours ».

Il s'agit d'un dispositif de consultations et de psychothérapies individuelles et groupales.

Les psychothérapies sont principalement proposées, dans la continuité de leurs soins, aux patients qui ont été pris en charge dans un autre dispositif de SMC et notamment à ceux qui n'ont pas les moyens d'être orientés en libéral.

Deux groupes thérapeutiques à médiation sont proposés : un groupe protolangage et un groupe relaxation.

Ce pôle participe aux axes stratégiques n° 1 Soins et accompagnement au domicile, n° 2 Prévenir les maladies psychiatriques et favoriser l'accès aux soins, n° 3 Soigner la crise psychique et les souffrances traumatiques.

Dispositifs sanitaires

Pôle Hébergement thérapeutique

Le pôle de soins résidentiels propose à des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique stabilisée, une expérience d'autonomie au sein de deux communautés thérapeutiques de quinze places au total.

Elles peuvent accueillir toute personne âgée de plus de 18 ans, ayant des capacités d'autonomie sociale suffisantes mais n'étant pas — à ce moment de son parcours — en capacité de vivre seule.

L'objectif du séjour est de favoriser l'évolution personnelle de chacun des résidents jusqu'ici entravée par des obstacles psychiques ou relationnels. Le fonctionnement des communautés est conçu pour éviter le plus possible le double risque de l'abandon ou de la disqualification.

Chaque résident poursuit par ailleurs un soin individuel extérieur à la communauté thérapeutique auprès de son médecin psychiatre traitant ou de son équipe de secteur pendant toute la durée de son séjour. Des rencontres régulières sont organisées entre l'équipe de la communauté et l'équipe de soin référente.

Ce pôle participe aux axes stratégiques n° 1 *Soigner et accompagner au domicile* et n° 4 *Favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté*

9

Dispositifs médico-sociaux et sociaux

Pôle Médico-social

Le pôle Médico-social de l'association Santé mentale & communautés regroupe deux dispositifs qui s'adressent à des personnes en situation de handicap psychique nécessitant un accompagnement à la vie quotidienne, à l'insertion sociale et à l'autonomie.

Selon les capacités et les besoins de chaque personne accompagnée ou hébergée, un projet personnalisé d'accompagnement (PPA) est co-construit avec la personne concernée autour de trois axes :

- vie quotidienne ;
- vie sociale et professionnelle ;
- soins psychiques et somatiques.

Le projet personnalisé d'accompagnement vise à ce que chaque personne en prenant soin d'elle-même devienne peu à peu actrice de sa propre trajectoire de vie et (re)trouvent une place dans la société.

Cet objectif s'inscrit dans la philosophie du rétablissement visant à rendre la personne autonome et responsable de ses choix de vie et capable d'une participation active aux services de la cité.

Les équipes pluridisciplinaires des dispositifs du Pôle médico-social placent leur action dans une position en interface avec les services médicaux et sociaux de droits communs.

Le programme de soin de chaque personne est défini en partenariat avec un médecin référent (psychiatre de secteur psychiatrique ou psychiatre libéral) pendant toute la durée de sa prise en charge.

1. SAMSAH Paul-Balvet (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)

Le SAMSAH Paul-Balvet s'adresse à des adultes âgés de 20 à 60 ans habitant Lyon ou Villeurbanne, en situation de handicap psychique, stabilisés sur le plan de leurs troubles et poursuivant des soins psychiques.

Les admissions sont subordonnées à une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Sa capacité d'accueil est 35 places avec une file active de 41 personnes .

Les objectifs de l'accompagnement médico-social visent à soutenir et rendre durable le maintien à domicile et plus largement l'insertion sociale et culturelle en s'appuyant sur le quotidien de vie de la personne dans le cadre d'une coordination avec les différents partenaires qui concourent à son accompagnement : familles, services sociaux et médicaux, bailleurs...

2. Foyer d'accueil médicalisé Le Florian

Le FAM Le Florian, structure d'hébergement, s'adresse à des personnes adultes en situation de handicap psychique, des deux sexes admissibles dans la limite d'âge maximum de 50 ans, avec une pathologie mentale stabilisée dont les troubles psychotiques, entraînant une perte d'autonomie et/ou une désinsertion sociale nécessitant la poursuite de soins au long cours associés à un accompagnement de la vie quotidienne en collectivité.

L'accompagnement par le FAM Le Florian est subordonné à une décision d'orientation prononcée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Sa capacité d'accueil est de dix places en chambre individuelle.

Le FAM Le Florian est un établissement de transition dont l'objectif est de permettre aux personnes accueillies d'expérimenter une vie en semi-autonomie dans le but de développer leurs capacités à prendre soin de soi et à établir des relations sociales tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du foyer. À plus long terme l'objectif est qu'ils puissent s'inscrire dans une mobilité résidentielle adaptée à leur projet de vie (logement de droit commun ou logement accompagné).

Ce pôle participe aux axes stratégiques n° 1 Soigner et accompagner au domicile et n° 4 Favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté.

9

Dispositifs médico-sociaux et sociaux Pôle Hébergement et logement social

Le pôle Hébergement et logement social de l'association Santé mentale & communautés s'adresse à des personnes adultes en situation de handicap psychique et de fragilité sociale dans l'objectif de permettre leur insertion sociale et professionnelle, de retrouver et d'exercer leurs capacités et droits de citoyen.

Un accompagnement est assuré par des travailleurs sociaux dans des modalités groupales et individuelles. Chaque personne est orientée et soutenue par une équipe de soins psychiatriques.

Le pôle Hébergement et logement social dispose pour la mise en œuvre de ses objectifs de cinq dispositifs :

Un dispositif de Bail glissant

Ce dispositif s'organise autour de trois services : un foyer (16 places), un CHRS (14 places) et un service de suite. Il organise dans un objectif de réinsertion sociale l'hébergement de personnes en situation de handicap psychique et de fragilité sociale au moyen d'appartements individuels de droit commun dans Lyon et sa proche banlieue.

Les personnes hébergées sont locataires de leur appartement par le biais d'un bail glissant au nom de l'association et ce bail, à l'issue de leur accompagnement éducatif et social d'une durée pouvant aller jusqu'à 24 mois maximum, est transféré à leur nom.

Un Service de suite

Ce service de neuf places permet de réaliser si nécessaire un accompagnement supplémentaire de douze mois maximum pour les personnes devenues locataires de leur logement. Cet accompagnement est possible dès la signature de leur bail ou même des années plus tard et il est fractionnable.

Un service d'Appartements d'essai

Ce service a pour but de proposer aux personnes en souffrance psychique de faire sur un temps limité (trois mois) l'expérience de vivre dans un appartement individuel meublé → sept appartements dans différents quartiers de Lyon.

En bénéficiant d'un accompagnement social, cette expérience leur permet de se séparer de leur lieu de vie antérieur (famille, hôpital, institution...), se confronter au fait de vivre seul, tester leurs capacités à s'adapter à ce changement et à gérer le quotidien.

Ce séjour donne lieu à une évaluation du vécu et du résultat psychique de cette expérience et permet d'ouvrir sur des projets de sortie et d'insertion sociale.

Deux résidences accueil

Deux « résidences accueil » proposent des logements individuels et pérennes dans le cadre d'un habitat collectif à des adultes en souffrance psychique et en capacité à vivre de façon autonome. Les locataires bénéficient d'un accompagnement favorisant à la fois la vie autonome et le lien social nécessaire à une vie en collectivité et dans la cité. Ils doivent poursuivre leurs soins psychiques auprès de leur équipe de secteur dans le cadre d'une convention avec le CH Le Vinatier.

Les locataires signent un bail et paient un loyer. L'association gestionnaire perçoit une subvention journalière par habitant pour financer l'accompagnement social.

Une résidence se situe à Villeurbanne quartier Charpennes (25 logements) et une autre à Rillieux-la-Pape, quartier du Vieux Crépieux (quinze logements).

Une résidence sociale

La résidence sociale Ferdinand-Buisson est une solution de logement temporaire destinée aux personnes empêchées d'accéder à un logement de droit commun du fait de difficultés à la fois médicales, sociales et financières. Il s'agit d'appartements individuels favorisant la vie autonome et l'insertion sociale des personnes admises.

Celles-ci versent une redevance mensuelle dont le montant est déterminé selon leurs ressources.

La résidence sociale propose onze logements, avec un accompagnement social léger, pour des adultes en souffrance psychique en attente d'un logement social de droit commun.

Elle est implantée dans Lyon 3^e dans un petit immeuble géré par Alliadé.

Une Équipe mobile de liaison sociale

Il s'agit d'un dispositif de prévention et de soutien s'adressant à des personnes adultes en souffrance psychique (25 places), vivant dans un logement ordinaire.

Son objectif est de développer des accompagnements sociaux dans une dynamique de parcours sans rupture pour éviter les expulsions locatives et permettre l'admission en appartement dès la sortie d'une institution.

Cette équipe intervient dans le cadre du plan quinquennal 2018 — 2022 pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme (Métropole de Lyon et État).

Ce pôle participe aux axes stratégiques n° 1 *Soigner et accompagner au domicile* et n° 4 *Favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté*.

10

Mise en œuvre du projet associatif, évaluation

Le Conseil d'administration est chargé du suivi du projet associatif.

Dans cet objectif:

Il pourra, s'il le juge utile, annexer des plans d'action détaillés concernant les objectifs et stratégies déterminés par le Projet associatif.

Il rend compte annuellement du suivi du Projet associatif à l'Assemblée générale sur la base des indicateurs d'évaluation de chaque axe stratégique.

Il propose à l'Assemblée générale les modifications, compléments et précisions rendues nécessaires tant par l'évolution de l'association que par celle de son environnement.

Vignette historique

Santé mentale & communautés

Les cinquante-quatre années d'existence de l'association Santé mentale & communautés, créée en 1968, ont été marquées par quelques grandes étapes. Celles-ci sont au nombre de cinq et elles vont être détaillées ci-dessous.

1. La création, 1968 — 1971

L'année 1968 a vu la naissance de l'association. C'est évidemment une année très particulière. Tous les domaines d'activité ont été impactés, et pour de longues années, par les événements qui ont marqué la période de mai et juin notamment.

La psychiatrie et la santé mentale n'échappent pas à cette constatation et la création de **SMC** vient, de ce point de vue, marquer un tournant dans la manière de prendre en charge et de soigner les malades mentaux ou personnes en souffrance psychique comme l'on dit aujourd'hui.

C'est ainsi que deux médecins de l'hôpital du Vinatier, les docteurs Guyotat et Hochmann, ont souhaité alors, avec la création de cette association, expérimenter une forme de prise en charge à l'extérieur de l'hôpital et si possible à proximité du lieu d'habitation de la personne concernée.

Grâce à la compréhension du médecin conseil de l'Assurance maladie cette première expérimentation a pu voir le jour avec un financement public et une convention a été signée avec la **CPAM** pour la prise en charge des actes médicaux réalisés.

Il convient de rappeler que la sectorisation psychiatrique a fait l'objet d'une première circulaire dès 1960 mais force est de constater que plusieurs années après rien n'avait été mis en œuvre. Il faut dire qu'une simple circulaire, texte qui n'édicte que des recommandations, était un support assez faible témoignant du peu d'empressement des responsables politiques, des établissements et des psychiatres pour engager une telle révolution dans les soins.

Il faudra d'ailleurs attendre 1985 pour voir la sectorisation psychiatrique entérinée par une loi; cette dernière avait un objet avant tout financier consécutif aux lois de décentralisation.

Pendant ces trois premières années, l'expérimentation s'est traduite par la mise en place d'un service de soins infirmiers psychiatriques permettant de soigner et accompagner des patients en dehors de l'hôpital.

Vignette historique

Santé mentale & communautés

2. Le développement des activités, 1971 – 1986

À partir de 1971, l'association va se structurer progressivement. Elle obtient, cette année-là, un agrément en tant que dispensaire de soins psychiatriques implanté à Villeurbanne et Bron, au titre de l'annexe **XXIII** du décret du 9 mars 1956, financé via une convention avec la **CRAM**. La même année une convention d'hospitalisation à domicile en psychiatrie (déjà) est également signée avec l'Assurance maladie. Enfin, toujours en 1971, un premier lieu d'accueil de jour est créé, devenu ensuite un appartement thérapeutique.

En 1974 est créé le mi-temps thérapeutique, dispositif de prise en charge d'enfants psychotiques et autistes.

Puis successivement, en 1979 puis 1984, deux communautés thérapeutiques sont implantées.

Ainsi, peu à peu, **SMC** prend de l'importance et s'autonomise par rapport aux services hospitaliers dont elle n'est plus seulement une excroissance implantée géographiquement en dehors de l'hôpital.

Dès cette période, et jusqu'à aujourd'hui, l'association a toujours eu le souci de non seulement développer ses activités mais aussi de partager son expérience avec d'autres et de transmettre. C'est ainsi que dès 1974 un film est réalisé, intitulé *Le foyer de la colère* montrant le fonctionnement des lieux d'accueil.

En 1981, le premier Cours international sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur verra le jour. Ce cours, qui s'étalait sur une semaine à cette époque, rassemble chaque année plusieurs centaines de personnes venant de toute la France et de pays étrangers.

Parallèlement, en interne, l'activité de formation est très présente, avec notamment une supervision proposée à chaque dispositif, l'accueil de stagiaires et la formation d'internes en psychiatrie.

3. L'autonomisation, 1986 – 2008

Ce mouvement d'autonomisation fait suite à la volonté des « pères fondateurs » précités de réintégrer les activités de l'association dans le giron de l'hôpital, considérant que l'expérimentation n'avait plus cours puisque la sectorisation psychiatrique était en place. De leur point de vue, **SMC** fait concurrence aux secteurs psychiatriques implantés sur les territoires où intervient l'association.

De leur côté les gestionnaires et salariés de l'association considéraient qu'ils apportaient désormais des activités et services que le secteur n'était pas en mesure de fournir.

Le conflit sera donc assez vif entre les deux parties.

C'est finalement suite à une décision préfectorale que le mouvement d'autonomisation va pouvoir se fonder pour avancer. Ainsi, en 1986, un arrêté préfectoral habilite l'association « à participer à la lutte contre les maladies mentales dans le département du Rhône », ce qui la place au même niveau qu'un établissement de soins psychiatriques. S'en suit en 1987 un financement par dotation globale de fonctionnement toujours en vigueur aujourd'hui, puis en 1989 une convention signée avec le Préfet précisant les objectifs, publics, moyens et relations avec les autres structures œuvrant en santé mentale. Sur cette base légalisée, Marcel Sassolas, médecin chef puis président élu en 2000, et Jean Perret, directeur, vont pouvoir développer et créer les dispositifs de soins et d'accompagnement de manière autonome vis à vis de l'hôpital.

L'évolution des organismes de tutelle avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation en 1997 ne va pas changer la donne.

En 2004, l'**ARH** approuve le projet d'établissement et en 2008 le premier Contrat d'objectif et de moyen (**CPOM**) est signé. Son annexe 3 reconnaît les orientations stratégiques et les missions de l'association en lien avec les thèmes du Schéma régional d'organisation sanitaire (**SROS**).

Grâce à ces reconnaissances successives l'association développe de nouveaux services avec la création de :

- la Maison d'accueil psychothérapeutique — **MAP** (1986) permettant de répondre, en résidentiel, à des situations de crise ;
- du foyer d'accueil médicalisé de transition Le Florian pour personnes adultes en situation de handicap psychique (1994) ;
- du service de soins Accueil liaison psychothérapie — **ALP** (1997) service de soins d'immédiate post-urgence conventionné avec les Hospices civils de Lyon et les services d'urgence de la Métropole de Lyon ;
- du service de soins Pôle jeunes adultes — **PJA** (2000) pour la prise en charge précoce des jeunes ;
- du service Lien accompagnement parentalité soin — **LAPS** (2002) pour accompagner les mères et leurs bébés autour de la naissance.

4. Des incertitudes liées à la question de l'adossement, 2008 — 2010

Malgré les différents développements d'activités rappelés ci-dessus l'association reste de taille modeste notamment au regard des géants hospitaliers. Elle compte environ 60 salariés dont beaucoup travaillent à temps partagé, en particulier les médecins qui exercent souvent parallèlement en cabinet.

Aussi, avec la parution de la loi Hôpital patients santé territoires en 2009 qui a pour objectifs de concentrer le tissu des services de soins, le discours de la tutelle, en l'occurrence l'Agence régionale de santé, est de plus en plus porté vers la nécessité que l'association se regroupe avec des structures plus importantes ou, a minima, s'adosse sur elles.

C'est ainsi que **SMC** va signer une convention de partenariat en 2010 avec l'hôpital du Vinatier, matérialisant ainsi les nombreux services qu'elle est capable de rendre à l'hôpital, soit en amont pour prévenir l'hospitalisation, soit en aval, pour faciliter la sortie des patients et leur permettre plus aisément de retourner vers un mode de vie autonome.

Malgré ces questions liées à la taille de la structure il est à noter que l'agence confiera néanmoins le soin à l'association, en 2011, de mettre en place un service de soins psychiatriques intensifs à domicile.

Néanmoins ce dispositif est toujours considéré comme expérimental, ce qui lui confère une certaine fragilité, dans la mesure où l'hospitalisation à domicile en psychiatrie n'est toujours pas reconnue officiellement malgré une forte attente des usagers et de leurs familles.

5. La diversification des activités, 2010 — 2020

Poursuivant sa recherche constante d'adaptation des dispositifs aux besoins des personnes prises en charge, **SMC** va développer, à partir de 2010, de nouvelles activités relevant du champ social et médico-social.

En effet, son objectif initial, consistant au rétablissement des personnes, passe non seulement par la prise en charge soignante mais également par un accompagnement de plus longue durée pour permettre à la personne d'accéder à une vie pleinement citoyenne.

Elle met ainsi directement en application la notion de parcours très présente dans la loi **HPST** précitée.

Au-delà des cloisonnements administratifs entre soins, médico-social et social, souvent liés à des questions de financement, la personne attend une réponse globale qui lui permet de revenir, autant que faire se peut, à l'autonomie.

Ainsi, en 2010, **SMC** accepte de prendre en gestion locative dans le cadre d'un partenariat historique avec Orloges la résidence sociale Ferdinand-Buisson constituée de douze logements, en 2011 créé avec l'appui de l'**ARS** un service de soins psychiatriques intensifs à domicile (**L'HAD**) et en 2013, dans le cadre de l'accord de coopération avec le **CH** Le Vinatier, un **SAMSAH** implanté sur Lyon et Villeurbanne.

En 2017, l'**ARS** accepte de financer durant deux années un dispositif de soin expérimental en direction des groupes familiaux « l'accompagnement familial thérapeutique ».

En 2019, un dossier de création d'un **SAMSAH** Rétablissement a été présenté dans le cadre d'un appel à projet de l'**ARS** mais n'a malheureusement pas été retenu.

En 2021, un regroupement a été réalisé avec l'association Orloges sous la forme d'une absorption. Orloges se préoccupe du logement des personnes en souffrance psychique. Cette association a toujours été très proche de **SMC** et partage les mêmes valeurs et modes de gestion.

Vignette historique

Orloges

Fondée en 1980, avec une ouverture en mai 1981, l'association Orloges a aujourd'hui quarante ans.

Sa création est contemporaine des mouvements de l'histoire de la psychiatrie des années soixante-dix, quatre-vingt...

La psychiatrie à cette période est en totale reconstruction, traversée par les courants de la psychothérapie institutionnelle, de la psychanalyse, de l'antipsychiatrie, et de la mise en place de la sectorisation. Mais ces avancées sont aussi freinées par un hospitalocentrisme fort, résistant aux réflexions d'alternatives à l'hospitalisation.

Les deux co-fondatrices d'Orloges, Michèle Heisser et Madeleine Faye, travaillent alors au centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu. Elles font le constat qu'un grand nombre de personnes hospitalisées ont le désir, la capacité de vivre à l'extérieur, tout en éprouvant des angoisses à l'idée de se retrouver seules, à l'extérieur de l'hôpital.

Le logement, comme « intimité protégée » leur est apparu comme une solution appropriée, pour autant que les difficultés psychiques des personnes ne soient pas niées, qu'un accompagnement autour du logement soit mis en place.

Ainsi naît Orloges, à partir d'une intuition nourrie par la pratique et la réflexion autour desquelles s'est construit un système cohérent.

En voici les grandes étapes d'évolution :

1. Les relations avec les logeurs

Toute petite équipe au départ, le travail se tourne en priorité vers les liens avec les bailleurs. La maladie mentale fait peur, il s'agit donc pour Orloges d'expliquer, de rassurer, d'être l'intermédiaire qui s'engage pleinement en cas de problème.

Travaillant d'abord avec les régies privées, ce n'est qu'à partir de 1986 que des conventions se signent avec le parc public, élargissant ainsi les offres de logements dans le grand Lyon. Le système de bail glissant, rassure bailleurs et personnes hébergées. Orloges est locataire du logement le temps de la prise en charge de la personne, qui en deviendra ensuite locataire.

Depuis 2010, avec la création de la MVS (Maison de la veille sociale), et la mise en place des accords collectifs, la mise à disposition des logements se mutualise, modifiant les façons de travailler avec les bailleurs.

2. Le cadre institutionnel proposé

C'est avec la mise en place d'un contrat avec la personne qu'est posé le cadre institutionnel. Ce contrat précise les engagements, qui seront affinés au cours de l'expérience acquise, comme la nécessité d'une prise en charge soignante, de poursuivre les soins engagés, de participer à des temps collectifs.

Un renforcement des liens avec les équipes soignantes permet progressivement d'accueillir des personnes plus désocialisées. Cette articulation avec le soin s'avère indispensable pour éviter crises ou « rechutes » trop violentes. Un système d'astreinte téléphonique le week-end complète le dispositif.

Face à un certain nombre de difficultés, le renforcement de l'équipe de travailleurs sociaux permet de développer l'accompagnement individuel à domicile, les temps groupaux. Les liens avec l'extérieur, la mise en place de groupes, d'ateliers participent aussi à répondre à l'isolement. Le fait de partager des activités avec d'autres, d'appivoiser sa peur dans la relation, de trouver place, de tester ses capacités, permet un co-étayage essentiel, narcissisant, un parmi d'autres, semblables mais différents.

3. Un développement de l'association par l'ouverture de nouvelles structures

L'équipe et le CA d'Orloges ont toujours été en réflexion sur leur pratique et les besoins du public accueilli. Ces réflexions nourries par les rencontres partenariales, des études et recherches diverses, participation à des colloques, ont permis à l'association de se développer.

En voici quelques dates :

- 1981 Création du foyer d'hébergement (financement Conseil général), dix places en appartements individuels. Création du **CHRS** (financement État **DDCS**), dix places en appartements individuels.
- 1996 Création de la résidence sociale Ferdinand-Buisson avec **SMC**, Logirel et **CLLAJ** (Collectif local pour le logement autonome des jeunes). Ce projet a vu le jour après une réflexion menée au sein du **CRACIP** (Collectif rhodanien des associations concourant à l'insertion des personnes en difficultés psychologiques).
- 1999 Création d'un appartement collectif de trois places.
- 2000 Ouverture d'un service de suite et de préparation à l'entrée de neuf places.
- 2005 Participation à la création du Gem Gémotion avec l'**ASSAGA**. Nous en sommes à ce jour le parrain.
- 2008 Ouverture de six places en appartement d'essai.
- 2012 Ouverture d'une résidence accueil à Villeurbanne, 25 places en appartements individuels.
- 2014 Ouverture d'une résidence accueil à Rillieux, quinze places en appartements individuels. Ces deux ouvertures de structures se réalisent dans le cadre d'une convention avec le **CH** du Vinatier.
- 2018 Transformation des trois places en appartement collectif en trois places en logement individuel.
- 2020 Extension de trois places en appartement individuel pour le foyer, et une place pour le **CHRS**.
- 2020 Création d'une équipe mobile sociale, dans le cadre du « logement d'abord », financée par la Métropole.

Cette déclinaison de créations de services, dans des montages partenariaux pour certains, illustre bien l'évolution des besoins pour les personnes souffrant de troubles psychiques, en lien avec l'évolution sociétale. La préoccupation d'Orloges de diversifier son offre, tout en restant à taille humaine, en fait véritablement un espace intermédiaire, lien entre la personne, les lieux de soins, les institutions sociales.

En 2021, suite à une fragilisation interne de notre institution, notre association a décidé de se rapprocher de Santé mentale & communautés, association depuis longtemps proche de la nôtre, ce qui permettra la poursuite des activités d'Orloges.

SMC

santé
mentale &
communautés

136, rue Louis-Becker
69100 Villeurbanne

contact@smc.asso.fr

T. 04 72 65 75 00

www.smc.asso.fr