

Bulletin national santé mentale et précarité

Elus des villes et santé mentale

édito

Jean FURTOS
Christian LAVAL

Nous n'imaginions pas, lorsque nous avons pensé le thème de ce numéro, il y a 2 ans, qu'il sortirait dans un agenda politique bouleversant où les maires se verraient proposer une extension de leurs pouvoirs de police pour faire basculer une mesure thérapeutique, l'hospitalisation d'office, en mesure de lutte contre la délinquance. C'est dans ce contexte que l'interview du Ministre délégué aux collectivités territoriales nous appelle à un débat non péremptoire, où les éléments du soin, du prendre soin et de la tranquillité publique doivent être jaugés sans précipitation. Il s'agissait, et il s'agit toujours pour nous, de publiciser le rôle croissant des élus municipaux dans des pratiques de santé mentale multiples et variées ; l'une d'elles est la possibilité légale d'ordonner des hospitalisations d'office en cas de troubles imminents pour la sûreté des personnes. Une étude DIV-ONSMP (2003-2006) nous permet d'aborder ces pratiques avec une matière substantielle.

Pour les professionnels de la santé mentale, il n'est pas toujours facile de reconnaître le rôle des élu(e)s locaux dont la mission ouvre une perspective d'emblée politique où la question du comment vivre ensemble se pose avec acuité. L'histoire nous rappelle pourtant qu'en France, pays très centralisé, la Santé Publique s'est vraiment développée dans les villes qui l'ont concrètement voulu, et il semble qu'il en soit de même pour la Santé Mentale.

Certes, comme tous les élus, les maires sont souvent contraints par le calendrier électoral ; mais dans le même temps, ils se trouvent dans une *proximité généraliste avec leurs concitoyens et avec les professionnels*. Percutés par les paroles, les cris et les silences des uns et des autres, ils ont la capacité d'initier des actions à visée individuelle et collective dont on lira quelques développements dans ce numéro.

Gardons-nous cependant de l'angélisme: n'oublions pas que la question de l'ordre social et de l'ordre public a institué la psychiatrie par la loi de 1838 et les expertises pénales, avec, dans le même temps, une exigence forte pour sauvegarder un espace de liberté. Cette **tension constitutive** se retrouve maintenant dans le vaste champ de la santé mentale, elle continue d'y chercher son équilibre. Comment protéger le besoin et le droit légitime de sécurité ? A quelles conditions l'approche de santé mentale peut-elle intégrer dans son éthique et ses pratiques une réflexivité qui tempère sa composante de contrôle social ? Cette indispensable tempérance nous oblige au risque de la confiance entre l'Etat, les pouvoirs locaux, les institutions et les citoyens ; à la fois matière première et fruit du travail partenarial, la **confiance** se construit dans la durée ; seul antidote de la persécution de tous par chacun et condition de possibilité d'une action publique en santé mentale, elle mérite toute **notre vigilance**.



DOSSIER

Ville et santé : l'initiative de l'invention aux communes *Lion MURARD* p. 2-3

Pouvoirs de police du maire : les changements à venir en matière d'hospitalisation d'office *Jean-Charles FROMENT* p. 4-10

Fonctions spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale *Fernando BERTOLOTTI* p. 5-6

Pouvoir de convocation des Maires *Laurent EL CHOZI* p. 6

Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office *Pauline RHENTER* p. 7-8

Evaluation et médiation des troubles du comportement signalés à la ville de Nantes *Catherine CHOQUET, Hélène LEPOIVRE, Corinne LAMBERT* p. 9-10

La santé mentale, une implication quotidienne des élus locaux *Marina GIROD DE L'AIN* p. 11

D'une imposition intolérable à une concertation obligée *Michèle VULLIEN* p. 12

Faire ville à Marseille *Françoise GAUNET-ESCARRAS, Mylène FRAPPAS* p. 13

Handicap psychique : une orientation forte de la Ville de Paris *Pénélope KOMITÉS* p. 14

Le Conseil Local de Santé Mentale : réflexions d'un psychiatre *Angelo POLI* p. 15

Remarques à propos d'une enquête sur le bien-être psychologique des chinois à Milan *Angelo BARBATO* p. 16

Questions à Brice Hotefeux p. 17-18

Pourquoi il ne faut pas transformer une mesure thérapeutique en mesure sécuritaire *Jean FURTOS* p. 19

ACTUALITES p. 20

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Ville et santé : l'initiative de l'invention

Lion MURARD

Historien, Chercheur au centre de recherche médecine, maladie et sciences sociales (CNRS UMR 8169).

Comme le roman, le mouvement sanitaire sort de la grande ville du premier XIX^e siècle, je veux dire de ce cloaque où croupissent pêle-mêle confondus les déchets des abattoirs, foires à bestiaux, étables et industries toxiques. Rappelons qu'au principe du Public Health Movement britannique, on trouve les abîmes creusés par la première révolution industrielle à Liverpool, par exemple, où la durée de vie moyenne n'excède pas 26 ans, contre 45 ans dans le Surrey campagnard, et où près de la moitié des enfants n'atteignent pas leur sixième anniversaire. Minorer le coût social d'une urbanisation si sauvage qu'elle verrouille l'espérance de vie, si même elle ne la réduit : toute la philosophie du mouvement britannique roule là-dessus ; mais aussi bien celle de son homologue français, les *Annales d'hygiène publique*, depuis 1829.

A défaut d'égaliser les classes devant la santé, notre chère petite ville peut-elle du moins se flatter d'avoir protégé ses concitoyens contre les expositions répétées aux entéroviroses et, partant, d'avoir pesé en quelque manière sur le déclin de la mortalité sur la période considérée ? Le génie terrible des berceaux, la diarrhée verte, enlève pendant les fortes chaleurs de l'été 1911 plus de 46 000 nourrissons ; une anomalie qui n'en est pas une : sur deux nourrissons mis en terre dans la France des années 1920, il en est encore un que la gastro-entérite aura emporté. Longtemps, par le fait, la préoccupation majeure demeurerait celle de la salubrité municipale. L'écrasant tribut payé aux maladies hydriques portait-il nos édiles à des gestes aussi modestes qu'alimenter leurs administrés en eau potable, évacuer leurs eaux usées ?

La question, ce nous semble, invite à éclairer le paradoxe d'une nation scientifiquement

avancée mais souffrant de profondes faiblesses organisationnelles. Comme si la santé publique avait toujours constitué une matière administrative extraordinaire, où l'Etat aurait eu le plus grand mal à assumer ses fonctions régaliennes. Rien ici de complet, d'organisé, de méthodique.

A l'autorité municipale, en effet, la compétence essentielle en matière de salubrité. La santé publique, une affaire locale. Depuis notre charte municipale de 1884, et en vérité depuis la Révolution, cette prérogative forme comme la base de notre organisation sanitaire. Mais l'essentiel pour un maire, c'est de rester maire. Comment contraindre l'électeur à déplacer son fumier, combler une mare croupissante, bref, blesser le droit de propriété (et peut-être même les libertés publiques), il lui faudrait une âme de héros quand l'on apprend, à Bagnères-de-Bigorre, par exemple, que "toute mesure de police émanant de la municipalité au point de vue de la propreté et de l'hygiène des habitations soulèverait des protestations telles qu'il en résulterait la non-réélection de cette municipalité". Rien d'étrange qu'il s'abstienne, ou bien, affolé, terrifié, se résolve à des mesures absolument excessives.

Mais la loi du 15 février 1902, direz-vous ? Loi mort-née ! Sa pierre angulaire, la création d'une inspection d'hygiène dans chaque département, l'ancêtre de nos DDASS, s'effondre sous les coups de boutoir du Sénat. En chantier depuis 1886, seize ans dans les cartons du parlement, le projet dit Jules Siegfried (maire du Havre) s'autorisait du fait que, sur 36 000 communes, 29 000 n'avaient ni docteur, ni même, comme en Italie, de *medico condotto*, - pour insinuer que les plus petites localités seraient celles où les lois de la salubrité seraient les plus méconnues. Forte de la création d'une inspection vétérinaire

en 1881, la Société de médecine publique demandait que l'on offrît aux hommes ce que l'on accordait aux bêtes. Peine perdue. Le Sénat y mettait son veto, et, sacrant nos maires Grands Hygiénistes de France, confiait les pouvoirs d'exécution à ceux-là mêmes qui ont intérêt à ne pas agir. "Nous avons une loi sanitaire, gémit le Comité consultatif d'hygiène publique, mais personne de compétent pour en assurer l'exécution".

Longtemps, par le fait, l'Hexagone ne présentera, en fait de couverture sanitaire, qu'un manteau d'Arlequin. Une double centaine d'employés locaux, tous différents par le statut, la formation, ou les émoluments, voilà le personnel en poste au lendemain de la Grande Guerre dans un pays prétendument inondé de fonctionnaires, quand la Grande-Bretagne trente ans plus tôt en comptait huit fois plus environ. Partout le caprice et la diversité, rien en somme qui réponde au péril constant des maladies populaires, lesquelles pour tout adversaire rencontrent sur leur route "un maire qui ne veut pas, un préfet qui n'ose pas, un hygiéniste qui ne peut pas". Un trait résume ce pénible bilan : ignorée dans nos textes, la maladie qui décimait le plus la nation (la tuberculose, 90 000 victimes annuelles environ), "n'était, pour ainsi dire, pas reconnue légalement". Maladie-tabou, jusqu'en 1916 (loi sur les dispensaires) et 1919 (sanatoriums).

La Grande Guerre, justement, si l'on veut bien laisser un instant de côté cet holocauste dans l'holocauste que fut la pandémie grippale de 1918-1920, la Grande Guerre ouvrait un "immense épisode de la tuberculose". Près de 110 000 soldats renvoyés dans leurs foyers, (dont 65 000 dans les quatorze premiers mois du conflit), lesquels, abandonnés à eux-

Ville et santé : l'initiative de l'invention (suite)



mêmes, rejetés dans un monde que leur présence affolait jusqu'à la panique, s'en allaient semant l'infection dans le pays. Très vite, la question des "blessés de la tuberculose" devint de la sorte "question de salut public". Tout était à improviser. Méthodes, personnels, laboratoires, statistiques, le conflit trouvait la défense antituberculeuse dans un parfait "état de dénuement". Au bord du désespoir, le gouvernement donnait son feu vert au concours américain, et se déchargeait au printemps 1916 de la totalité du problème sur une œuvre privée mais officiellement reconnue, le Comité national de défense contre la tuberculose (CNDT).

Misère de l'Etat, solitude de l'expert, tout dans l'Hexagone invite à l'examen de cet objet central : les politiques urbaines. Celles des grandes villes, je pense à Nancy, singulièrement, "la capitale de l'hygiène sociale" en France, celles aussi de la banlieue parisienne, -creuset dans l'entre-deux-guerres d'une médecine des populations. C'étaient les deux endroits que l'étranger venait visiter : Nancy pour l'osmose réalisée entre médecine préventive et curative, la ceinture rouge, ou rose, de la banlieue parisienne à raison de son "culte" de l'enfance. Boulogne-Billancourt, Clichy, et encore Vitry-sur-Seine où la lutte contre les lotissements précipite l'instauration d'un plan de ville doublé, pour les familles assistées, d'un plan de vie... il n'est pas une municipalité de banlieue qui ne se présente comme la "municipalité des enfants", autrement dit de la guerre à la guerre. Ouvriérisme et pacifisme le veulent ainsi.

A preuve le socialiste Henri Sellier, futur ministre de la Santé du Front Populaire, conquérant la mairie de Suresnes au lendemain de la Grande Guerre sur ce simple slogan "Petit père, pense à ton enfant", -simple,

mais calculé pour jouer d'une identité supposée entre famille ouvrière et famille communale. Deux cellules vivantes à protéger, surveiller, assainir. S'agissant de générations entrées "depuis un siècle dans la fournaise de l'industrialisme", protection s'accorde en effet avec "Lebensreform", révolution dans les coutumes de la famille. Caractéristique des municipalités ouvrières, nous semble-t-il, est cette foi dans les vertus civilisatrices de l'hygiène. Ecole de plein air, logement social, eugénique, orientation professionnelle, la commune à l'estime d'un Sellier constitue "un véritable être vivant, avec ses crises d'anémie ou de croissance" : "les administrateurs sont ses médecins".

Difficile toutefois de déceler dans ces lignes de force la moindre spécificité rouge ou rose. Médecin-directeur du bureau d'hygiène de la Vitry-sur-Seine communiste, communisant lui-même, "fellow" de la Rockefeller et secrétaire général-adjoint du Syndicat des médecins-hygiénistes français, R.-H. Hazemann cite d'abondance l'Anti-Dühring d'Engels pour suggérer dans son Service social municipal de 1928 que la production, l'échange et la consommation des "maux" entre habitants d'une même cité sont conditionnés par la manière dont ces mêmes habitants produisent, échangent et consomment. L'hygiène, branche de l'économie politique? Pareille proposition ne saurait choquer Jacques Parisot attelé depuis sa chaire d'hygiène de Nancy à cette grande "bonification" qui, pour détruire les taudis, multiplier les jardins ouvriers, assainir et encore assainir, élèverait sans cesse le potentiel hygiénique de la nation.

Des *classes laborieuses, classes dangereuses*, l'accent s'est déplacé vers la famille, le micro-environnement domestique prenant en quelque sorte la relève du macro-environnement urbain.

L'essentiel est ailleurs, dans l'identité soudain perçue du mal et de sa propagation avec la chair même du rapport social. Le lien sanitaire déduit du lien social, la contagion interhumaine augure en quelque sorte d'un "contrat social médical" en lequel le socialisme municipaliste puiserait une nouvelle jeunesse. La ville perçue comme une entité unique régie par le concept d'échange, de contact interpersonnel, c'est un fin réseau d'analogies qui se tisse entre médecine publique et économie politique, circulation des biens et transmission des maux. Comptable d'un capital vivant, gestionnaire d'une unité sanitaire, le médecin-sociologue s'applique désormais à exercer une surveillance médicale continue sur le normal aussi bien que sur le pathologique. "Tout ce qui est ici, nous dit-on de la Suresnes socialiste, visible ou invisible, a un plan".

Ma conclusion tient en un mot. Edgar Faure disait la France un Etat pauvre dans un pays riche. Nous nous demandons dans la même veine si l'Etat n'aurait pas été un épiphénomène. Conseils de salubrité à l'orée du XIX^e siècle, casiers sanitaires des maisons et bureaux municipaux d'hygiène sur la fin de siècle, dispensaires au début du XX^e, chaque fois les vrais acteurs auront été les villes qui toujours eurent "l'initiative de l'invention", et obligèrent à la longue la puissance publique à thésauriser le résultat de leurs efforts. France girondine? De bas en haut et non de haut en bas, tel nous paraît le sens du mouvement. De même en Angleterre, avec cette différence qu'en France, l'impulsion venue de la périphérie ne s'est pas transmise au centre, ce qui peut-être explique la lenteur de la diffusion des institutions sanitaires au pays de Pasteur. ■

Pouvoirs de police du maire, les changements à venir en matière d'hospitalisation d'office

Jean-Charles FROMENT
Professeur des Universités,
Faculté de Droit,
Grenoble.

La discussion parlementaire du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance est enfin engagée. Après s'être longtemps fait attendre, ce texte devrait donc voir prochainement le jour. Destiné à clore le dispositif législatif adopté par le gouvernement en matière de sécurité intérieure, le ministre de l'Intérieur a notamment à plusieurs reprises affirmé qu'il permettrait de consacrer le rôle et la place du maire comme pilote de la politique de prévention de la délinquance. Le texte s'inscrit ainsi dans la droite ligne des politiques de sécurité engagées en France depuis le début des années quatre-vingt.

Rappelons à ce titre que le maire dispose d'un important pouvoir de police. S'il est officier de police judiciaire, participant dans ce cadre à la répression des infractions commises sur le territoire de sa commune, ce sont essentiellement ses compétences de police administrative qui sont étendues. Le maire est en effet responsable du maintien de l'ordre dans sa cité et dispose pour cela de prérogatives propres.

L'article L. 2212-1 du Code général des collectivités territoriales (CGCT) dispose que : *"Le maire est chargé, sous le contrôle administratif du représentant de l'Etat dans le département, de la police municipale, de la police rurale et de l'exécution des actes de l'Etat qui y sont relatifs"*. L'objet de cette police municipale consiste à « assurer le bon ordre, la sûreté (prévention des désordres), la sécurité (prévention des accidents) et la salubrité publiques (prévention des maladies) ». Ces pouvoirs sont donc généraux : ils donnent les moyens aux maires de prendre des décisions, individuelles et/ou réglementaires, afin de prévenir ou limiter les troubles à l'ordre public sur l'étendue du territoire communal.

C'est dans le cadre de cette mission que deux sources juridiques autorisent jusqu'à présent le maire à intervenir à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux : le Code général des collectivités territoriales (art. L.2214-4) et le Code de la santé publique (art. L.326 et suivants). Les pouvoirs de police que se partagent en la matière le maire et le préfet relèvent tout à la fois de la police générale et d'une police spéciale confiée principalement au préfet mais qui peut parfois faire intervenir le maire, en tant qu'agent de l'Etat et non au titre de représentant de la commune.

Le Code de la santé publique prévoit une procédure qui confie normalement au préfet le soin de décider de l'internement des malades mentaux en prenant un arrêté sur la base d'un certificat médical. Mais une procédure d'urgence autorise parallèlement le maire (ou, à Paris, les commissaires de police), à prendre toutes les dispositions nécessaires vis à vis des aliénés, à condition de ne prendre que des mesures provisoires et motivées et d'en référer dans les 24 heures au préfet, qui prononce alors éventuellement l'arrêté d'hospitalisation. En cas d'absence de décision préfectorale, les mesures prises par le maire deviennent caduques passé un délai de 48 heures. L'inaction du maire dans ce domaine ne peut engager la responsabilité de la collectivité qu'en cas de faute lourde, dont l'existence est dans ce domaine rarement reconnue par le juge.

Le texte discuté au parlement sur la prévention de la délinquance prévoit de modifier cet état du droit pour renforcer les compétences du maire. Celui-ci se verrait désormais attribuer une compétence de droit commun en la matière et non pas

simplement un pouvoir d'intervention en cas d'urgence. Ainsi l'article 25 du projet de loi modifie l'article L.3213-1 du Code de la santé publique pour prévoir que : *"Les maires et à Paris, les commissaires de police, prononcent par arrêté au vu d'un certificat médical, ou, en cas d'urgence, d'un avis médical, l'hospitalisation des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, à charge d'en référer dans les vingt quatre heures au représentant de l'Etat dans le département"*.

Une autre disposition vise aussi à renforcer l'information du maire sur les sorties d'essai des malades mentaux. Précisant que *"la décision de sortie d'essai comporte l'identité du malade, l'adresse de la résidence habituelle ou du lieu de séjour du malade, le calendrier des visites médicales obligatoires et s'il en détient, un numéro de téléphone, ainsi que, le cas échéant, la date de retour à l'hôpital"*, il ajoute que *"le maire de la commune où est implanté l'établissement et le maire de la commune où le malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour sont informés de cette décision sous 24 heures"*. Le maire est ainsi investi d'une mission de surveillance des malades qui repose sur la présomption de leur dangerosité.

Ces modifications changent-elles fondamentalement les compétences du maire ? La réponse est ici contrastée. Pratiquement, on peut en douter. L'urgence étant devenue la règle en ce domaine, la réalité était déjà celle d'une intervention principale des maires régularisée *a posteriori* par les préfets, notamment en raison des services dont disposent les premiers pour agir et réagir. Mais elles ne sont cependant pas neutres

Fonctions spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale

Fernando BERTOLOTTO

Sociologue consultant.

En lançant en novembre 2003 le séminaire « *Les maires et les élu(e)s locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale* », l'ONSMP-ORSPERE et la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV), avec la participation très active d'un groupe d'élu(e)s locaux¹, se proposaient d'approfondir le travail d'analyse et de compréhension des conditions de prise en compte, par les responsables politiques locaux, d'une problématique de santé publique, aux multiples implications dans la vie de la cité.

¹ Maires de Dardilly et de Givors ; Maires adjoints des villes de Bron, Grenoble, Lyon, Montagny, Nanterre, Rennes, Roubaix, Sceaux, Tassin, Ajaccio, Château Thierry, Cherbourg et Mulhouse.

² Des entretiens de terrain avec les acteurs impliqués dans la gestion de ces problématiques ont été menés dans les villes suivantes : Paris, Lyon, Nantes, Grenoble, Roubaix, Nanterre, Bron et Sceaux. Par ailleurs, des données de l'ensemble des HO du Département du Rhône ont été compilées et étudiées grâce à la collaboration de la DDASS du Rhône. Le rapport final devrait être rendu public à la fin de l'année 2006.



Bibliographie

- *Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*, Séminaire DIV-ONSMP, Ed. de la DIV, novembre 2005.

- Joubert M., (sous la direction de) *Santé mentale, ville et violence*, Ed. Erès, novembre 2003.

Du fait de leur proximité aux populations et de la part des représentations sociales qui définissent leurs fonctions et pouvoirs, les élu(e)s locaux sont dans une position similaire à celle des professionnels de « première ligne » : souvent directement confrontés aux multiples formes d'expression de la souffrance du sujet contemporain. Cependant, à la différence des professionnels, l'intervention des élu(e)s locaux va s'organiser différemment. Leurs témoignages ont montré, qu'au-delà des positions partisans, face à la nouvelle donne de la santé mentale, ils sont souvent logés à la même enseigne, et leurs stratégies d'intervention sont très proches, avec des nuances qui sont surtout liées à la sensibilité de genre (être un élu homme ou une élue femme) et à la taille des communes. Ainsi, l'engagement de cette catégorie d'acteurs s'organise entre un premier cas de figure qualifié de « débrouille compassionnelle », et un second cas de figure où les stratégies reposent sur une « expertise politico technique » de plus en plus exigeante.

D'autres observations ont permis de mieux comprendre les conditions d'intervention des élu(e)s locaux. Il a notamment été mis en évidence que, comme pour les autres catégories d'acteurs de première ligne, la propre souffrance des élu(e)s

(jamais considérée par les organisations politiques, d'après les participants), constitue une dimension déterminante, mais souvent occultée, des conditions de prise en compte de la souffrance psychosociale dans leur commune. Par ailleurs, un déficit évident de formation et d'information en la matière semble participer de l'insatisfaction, de la souffrance et de l'inégalité entre élu(e)s chargé(e)s de la gestion de la problématique.

Cinq fonctions spécifiques des élu(e)s locaux en matière de santé mentale ont pu être mises en évidence, qui signalent l'importance de leur rôle dans le champ local de la santé publique, notamment dans une perspective de prévention, soit :

- **la fonction de régulation** : responsabilité de l'élu dans le fonctionnement du système de santé local, par sa participation aux instances de planification ou de gestion des services publics et notamment son engagement dans le processus d'hospitalisation sous contrainte,
- **la fonction d'interpellation** : prenant acte des besoins de santé mentale, l'élu en appelle aux autorités publiques compétentes en matière économique, sociale et sanitaire ou aux grands opérateurs économiques et sociaux du secteur public et privé,
- **la fonction de convocation** : l'élu a le pouvoir d'inviter les acteurs des différentes institutions et champs d'activités concernés par une situation, voire même les familles ou la communauté. Cette invitation est forte de par la légitimité de l'élu,
- **la fonction de médiation** : par son autorité morale et politique, l'élu(e) local est souvent amené à jouer un rôle de médiation sociale, institutionnelle, voire familiale ou communautaire, essentielle pour la préservation des moyens...

• **la fonction d'élaboration** : par l'écoute, l'orientation et le conseil, les élu(e)s locaux travaillent le sens social de ces questions, en aménageant des espaces d'élaboration psychosociales utiles au maintien de la cohésion sociale locale.

Enfin, les travaux ont aussi permis d'adopter le point de vue des élu(e)s sur le fonctionnement du système public chargé de la santé mentale, qui est apparu souvent en difficultés (sinon en décalage) avec la nouvelle demande en la matière, et signalé l'intérêt d'aller plus loin dans la compréhension des processus de prise en compte de ces questions au niveau local, en considérant notamment deux marqueurs spécifiques de la problématique de santé mentale dans les villes : les plaintes de voisinage, et leur corollaire fréquent, les Hospitalisations d'Office.

Les travaux de terrain² ont confirmé les enseignements de la première phase quant à l'importance du rôle des élus locaux dans la gestion de ce type de problématiques ; lorsqu'ils s'engagent dans le système, ce qui n'est pas toujours le cas, ils assurent une véritable fonction de régulation et dynamisation des différents dispositifs publics mobilisés, facilitant notamment l'intersectorialité des approches, le développement de stratégies de prévention des situations de crise et l'accès aux soins.

Ces travaux ont aussi permis de confirmer la préoccupante situation des conditions d'application du dispositif légal conduisant à l'HO, et de mieux apprécier les difficultés rencontrées par les élus locaux pour assumer leurs responsabilités, dans un contexte qui apparaît particulièrement marqué par :

- une méconnaissance générale, tant au niveau des élus que des différentes catégories de professionnels (y compris les propres équipes de santé mentale), du cadre légal d'intervention,

Fonctions spécifiques des élus locaux en matière de santé mentale (suite)



³ Depuis la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés, la notion et la procédure dites « d'hospitalisation à la demande d'un tiers » existe ; mais il est de plus en plus difficile de la faire appliquer du fait de la disparition progressive des tiers.

- le recours de plus en plus fréquent aux HO comme mesure permettant de rétablir les liens entre des personnes en souffrance et les institutions publiques, où les maires deviennent le « tiers » qui permet cette forme de « raccrochage », dans un contexte social et institutionnel où les « tiers » habituels³ se font de plus en plus rares,
- l'absence relativement systématique des instances de régulation du système au niveau local (Préfets et DDASS),
- l'inadéquation des dispositifs d'intervention, souvent mal préparés à la contention transitoire des personnes (équipes policières ou sanitaires intervenant dans la ville, mauvaises conditions de contention des personnes agitées au sein des

commissariats de police par exemple),

- l'inexistence d'un système d'information qui permettrait d'observer de manière systématique et rigoureuse l'ampleur du phénomène et ses évolutions.

Au moins cinq grandes orientations de recommandations susceptibles d'améliorer le dispositif au niveau local semblent se dessiner face à cette réalité :

- 1/ Promouvoir un système de formation et d'information des principales catégories d'acteurs impliqués dans cette mesure (tant dans une perspective de formation initiale que continue),
- 2/ Promouvoir la constitution de tiers dans la ville et ainsi

lutter contre les excès de l'utilisation de la mesure d'HO en lieu et place de tiers pour l'HDT,

3/ Améliorer les dispositifs d'instruction et de suivi de l'application de la mesure sur le terrain, afin de diminuer la variabilité des pratiques selon différents lieux,

4/ Promouvoir les interventions de santé mentale en amont prévues par la politique de sectorisation psychiatrique, afin de diminuer de manière significative le recours aux HO comme une mesure d'aval pour le rétablissement de soins ou la promotion de la prévention,

5/ Mettre en place un observatoire national visant à étudier l'ampleur, la nature et l'évolution des hospitalisations sans consentement. ■

Pouvoir de convocation des Maires : imposé par la loi ou négocié dans la confiance ?

Le maire a le pouvoir de convoquer policier, psychiatre, éducateur de justice, assistante sociale, tuteur, association de proximité, bailleur, services municipaux... et de les faire travailler sans tabou ni faux secret, mais dans le respect de chacun et d'abord du sujet lui-même. Il a en effet la légitimité pour recueillir les informations, en partager ce qui peut être utile avec les autres intervenants, communiquer auprès de ceux qui l'ont interpellé, rassurer l'entourage et produire ainsi de la confiance, de la cohésion sociale, voire de la sécurité. D'où ce « *Pouvoir de convocation du maire* » que nous revendiquons, délicat à manier et lourd de responsabilité.

Il ne peut s'agir d'une position d'autorité, d'hégémonie ou de toute puissance - elle serait immédiatement vouée à l'échec - mais d'être modestement fédérateur, au service des professionnels et des citoyens. Ce « pouvoir » ne peut s'imposer, il se mérite par une démarche modeste, respectueuse, requérant l'adhésion volontaire de tous les partenaires sollicités, reposant sur la confiance construite avec le temps et le travail partagé.

Même si la loi le rendait légal en imposant de manière autoritaire la rencontre du maire avec des professionnels contraints de se soumettre (au risque de trahir leurs patients), elle interdirait une parole libre et féconde, et produirait de la méfiance, incompatible avec le partage nécessaire.

De même, il n'est pas question ici de privilégier la maintenance sociale en institutionnalisant la délation à des fins d'ordre public, voire de lutte contre une délinquance fantasmée de malades mentaux, auteurs désignés de l'insécurité, à punir préventivement.

Au contraire, il s'agit de protéger des individus souffrant et en besoin de soins, par la mise en commun d'une attention solidaire orchestrée par le premier représentant de la cité et d'utiliser notre pouvoir légitime d'élu pour mobiliser tous les acteurs concernés, afin que jamais personne ne soit totalement rejeté et désespéré, que l'urgence ne soit plus notre seul mode d'intervention et ainsi redonner efficacité et sens à la démocratie représentative.

Ni la loi ni les fichiers ne produiront la confiance et le dialogue indispensables.

La future loi de prévention de la délinquance est donc inutile et dangereuse et nous maintenons notre titre : « **Pouvoir de convocation du maire** », mais en précisant aujourd'hui « **de libres partenaires** », sans quoi il n'aurait ni sens ni efficacité.

Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office

Pauline RHENTER
Politologue.

La recherche action menée en 2005 et 2006 par l'ONSM-ORSPERE et commanditée par la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) a permis de dégager des enseignements quant aux usages des hospitalisations d'office. Dans ce cadre, des élus locaux ont trouvé un espace de parole et de réflexion sur l'expression concrète des souffrances du vivre ensemble, désignée souvent sous le vocable "troubles du voisinage", dont certaines posent la question de l'hospitalisation d'office. Cette étude a été notamment le lieu d'énonciation des fonctionnalités remplies par l'hospitalisation d'office, dont nous restituons la teneur sans prétendre ni légitimer ni dénoncer des pratiques locales contrariant l'esprit de la législation en vigueur.

D'après le code de la santé publique¹, ce sont les représentants de l'Etat dans les départements (et à Paris, le préfet de police) qui prononcent par arrêté l'hospitalisation d'office dans un établissement habilité des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, le maire et, à Paris, les commissaires de police, arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai. Nous présenterons ici plusieurs cas de figure attestant du mésusage relativement répandu de l'hospitalisation d'office.

L'HO à défaut de tiers

En 1990, le législateur, soucieux d'offrir des garanties contre l'in-

ternement abusif limite le tiers susceptible de demander une hospitalisation psychiatrique contrainte à "un membre de la famille, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt, à l'exclusion du personnel soignant de l'établissement d'accueil"². Bien que les directives ministérielles précisent depuis que le tiers doit avoir rencontré la personne hospitalisée³, la Direction Générale de la Santé fait le constat au début des années 2000 que dans 30% des cas, les demandes sont rédigées par des personnes ne connaissant pas le patient : directeur de l'établissement ou ses représentants, assistantes sociales ou secrétaires médicales.⁴

Bien souvent, la réticence des familles à faire hospitaliser un proche explique la difficulté à organiser une hospitalisation sans consentement en l'absence de danger imminent au sens de la loi. C'est alors le maire ou ses adjoints qui sont sollicités : l'HO « à défaut de tiers » intervient en dehors des cas de dangerosité prévus par la loi.

L'HO en l'absence de danger

Certains psychiatres s'étonnent du refus qu'opposent les élus à répondre favorablement à leurs « demandes d'HO ». Considéré comme un « élément du contrat de soin », la possibilité d'une contrainte à l'hospitalisation est indûment utilisée par ces praticiens puisque le moyen de sanctionner la non exécution du contrat ne dépend pas du psychiatre mais bien de l'élu local. Il y a certes là un usage de l'HO qui est vraisemblablement loin de faire l'objet d'un accord d'usage entre soignants, mais qui témoigne du fait que certains professionnels du soin intègrent difficilement le statut de tiers décideur que la loi de 1990 a attribué à l'élu local. Et il s'avère

après enquête que l'indépendance entre le médecin prescripteur et le décideur des mesures d'hospitalisation sans consentement est imparfaite du fait de l'importance symbolique accordée en général à l'expertise médicale par l'élu.

Plus généralement, force est de constater que l'HO comble un vide, qui impose de questionner la légitimité et les conditions de possibilité d'un espace de prise en charge de la santé en dehors des situations de trouble à l'ordre public, d'urgence et/ou de consentement aux soins. En effet, pour des personnes connues en rupture de soins, l'HO devient un mode de retour aux soins "normal", un outil privilégié par certains centres médico-psychologiques et ce, en dépit du caractère exceptionnel que doit revêtir, en droit, l'exercice des mesures de police administrative. L'illégalité de l'HO motivée par la nécessité de soins a pourtant été consacrée par une décision judiciaire en 1989⁵ d'après laquelle « le recours au placement d'office n'est pas un substitut à une carence ou, en l'espèce, à une difficulté passagère de communication entre un suivi médical et un patient mais un mode d'action particulier pour soustraire un individu à raison de sa dangerosité pour les autres ou, éventuellement, pour lui-même à raison des conséquences pour les autres ».

L'HO motivée « non-assistance à personne en danger »

Un autre cas de figure témoigne du mésusage de l'HO : celui d'une hospitalisation contrainte en dehors d'une pathologie spécifiquement psychiatrique. Durant l'hiver 2005/2006, la presse a ainsi relayé plusieurs cas d'hospitalisation préfectorale directe à l'égard de personnes

¹ Articles L3213-1 et L 3213-2.

² Article L. 333 de la loi du 27 juin 1990.

³ Un maire peut également signer la demande à titre personnel (Directives ministérielles pour l'application de la loi du 27 juin 1990, p. 559).

⁴ En 2003, le Conseil d'Etat met un coup d'arrêt à la possibilité de recourir à un tiers ne connaissant pas la personne à hospitaliser.

⁵ TGI Libourne 15 juin 1989; M^{le} M. (J.-C1. Notarial Répertoire, V° Majeurs protégés, Fasc. 10). Le jugement indique : « Le Ministère public remarque que si M^{le} M. a besoin d'être aidée et présente un délire de persécution, elle n'est pas dangereuse pour autrui ou pour elle-même et présente tout au plus un comportement marginal, de laisser-aller. Le Ministère public s'étonne de l'usage du placement d'office pour faire suivre un traitement d'office. Le juge Thierry Fossier, juge des tutelles rappelle que : « De même, une mesure de protection de type tutelle semble être indiquée pour éviter que le sujet ne se retrouve dans l'état d'incurie dans lequel elle se trouvait depuis plusieurs mois ». La semaine juridique, Jurisprudence, 1990, pp. 21407-21408.



Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office

(suite)

sans domicile fixe, motivés par les risques liés au froid. De nombreux élus locaux ont vivement critiqué cette pratique, jugée alarmante du point de vue des libertés individuelles. Loin de contester la nécessité d'agir sur le registre de l'assistance à la personne en danger, ces élus ont dénoncé l'aspect inapproprié du mode d'entrée psychiatrique dans le soin. Plus généralement, ce type de pratiques pose le problème du fondement des soins somatiques contraints.

En effet, à l'heure où les droits des patients connaissent une légitimité légale croissante⁶, ces cas de figure interrogent la légitimité du droit d'ingérence sanitaire : d'une part, la non-intervention par la violence, au nom de la loi, revient à légitimer l'abandon (l'incurie est emblématique de ce point de vue : doit-on laisser les personnes « libres de mourir » ?); d'autre part, l'idée d'hospitaliser de force toutes les personnes malades qui se mettent en danger ou mettent en danger autrui remet sérieusement en cause le droit au refus de soin. En matière de souffrance psychique, ce dilemme ne fait que réactiver les débats récurrents sur la demande de soins et la capacité à consentir.

Sécurité et santé : les justifications concurrentes de l'hospitalisation d'office

Dans les faits, la raréfaction des tiers assumant les motifs de l'enfermement fait de l' élu un tiers tout désigné situé dans une tension permanente entre la prévention en santé publique, la garantie des libertés individuelles et la protection de l'ordre public. En ce sens, c'est au cœur de la pratique des élus locaux que s'affrontent les justifications

concurrentes de l'hospitalisation d'office : sécurité ou santé ?

En 1990, le législateur paraît modifier la loi de 1838 dans le sens d'une plus grande préservation des libertés individuelles car il restreint la motivation de l'HO aux comportements qui « compromettent l'ordre public » (la loi de 1838 se référait à ceux qui « compromettraient l'ordre public... »).

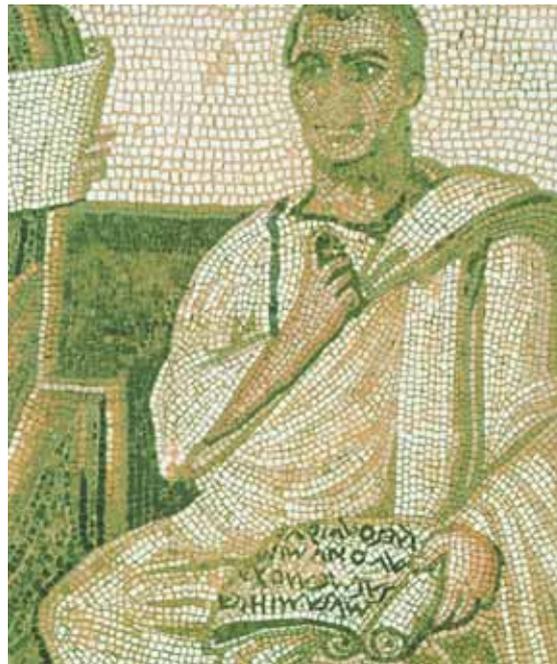
Toutefois, les directives ministérielles, constantes depuis 1991, affirment que l'indicatif utilisé dans la loi vise à englober les situations avérées et potentielles. Quant à l'évaluation par les juges, elle demeure encore faible

des personnes qui sont passées à l'acte contre des biens ou des personnes, qui avaient été signalées sans que l'administration ne soit finalement intervenue. En dehors du cadre réglementaire du code de déontologie médicale, la non assistance à personne en danger n'est donc pas reconnue comme principe d'action légitime du pouvoir administratif préfectoral ou municipal. Dans les faits pourtant, l'appréciation du danger et la nécessité d'une assistance « par voie d'hospitalisation d'office » connaissent des interprétations sensiblement variables d'un élu à l'autre : ici, on parlera de « danger pour soi », là de « risque suicidaire » pour justifier une mesure provisoire d'HO conçue comme une mesure d'assistance.

Les enjeux des mésusages de l'HO révèlent des rapports de pouvoir entre l'expert médical et le décideur de l'HO ; ensuite parce qu'ils dévoilent des rapports de sens entre la responsabilité collective en matière de santé publique et la préservation des libertés individuelles. En pratique, l'utilisation d'une telle mesure de contrainte correspond rarement à l'esprit d'une loi dont le

silence sur les critères décisifs de l'hospitalisation d'office n'est pas de nature à clarifier le rôle du décideur. Il est ici moins question d'hospitalisations arbitraires que du décalage par rapport à la loi.

L' élu local, parce qu'il cumule une compétence administrative provisoire, en lieu et place du préfet, et des responsabilités politiques faisant de lui un régulateur des troubles du vivre ensemble issus de la souffrance psychosociale ou de la maladie mentale, s'interroge sur l'adaptation de la voie actuelle en matière de contrainte, pouvant ou non conduire aux soins psychiatriques. ■



⁶ Cf. la loi du 4 mars 2002.

Evaluation et médiation des troubles du comportement signalés à la ville de Nantes

Catherine CHOQUET

Maire-adjoint à la
santé et au handicap,
Ville de Nantes.

Hélène LEPOIVRE

Directrice de la santé
publique.

Corinne LAMBERT

Chargée de projet.

Nos villes accueillent des habitants d'une grande diversité, par leur âge, leur métier, mais aussi par leur histoire et leur fragilité. Si la plupart d'entre nous résistent aux différentes pressions sociales et professionnelles, d'autres connaissent plus de difficultés. Les signes extérieurs de souffrance peuvent aller jusqu'à rendre le quotidien des voisins insupportable, par un comportement personnel incohérent ou par la construction d'un environnement insalubre. Dans d'autres cas, c'est la personne qui se met elle-même en danger vital. Dans la majorité des cas, c'est la ville qui est appelée à la rescousse.

¹ Enquête réalisée par le Centre collaborateur OMS pour la santé mentale, et dirigée par Vanessa Bellamy, Jean-Luc Roelandt, Aude Caria.

L'enquête « Images et réalités, Santé Mentale en Population Générale »¹ révèle la présence de troubles mentaux, dépressions ou maladies mentales chez 20 à 25% de la population. Dans une commune comme Nantes composée de 280.000 habitants, cela se traduit par 56.000 à 70.000 personnes potentiellement en difficulté psychique. Il ne s'agit donc pas d'un problème ponctuel ou épisodique, mais bien d'un phénomène d'une ampleur considérable.

Pour répondre aux quelques dizaines de situations qui posent un problème d'intégration dans la cité, et plus largement pour ouvrir la cité aux personnes souffrant de troubles psychiques, la ville de Nantes a structuré un réseau de santé mentale.

Il rassemble depuis 10 ans à Nantes des partenaires intervenant pour l'intégration dans la cité de personnes présentant des troubles psychiques : un bailleur social, Nantes Habitat, particulièrement confronté à la souffrance psychique se développant dans un contexte de difficultés socioéconomiques, la Ville de Nantes, interpellée sur les troubles de l'ordre public de ses citoyens, et les services publics de psychiatrie, sommés d'ap-

porter une réponse apaisante, sinon magique.

L'objectif est d'apporter une aide à la personne en souffrance psychique et en difficulté à vivre dans son logement, en raison de troubles du comportement et/ou de l'ordre public et du voisinage, et d'intervenir pour maintenir cette personne dans son logement. Une chargée de projet de la ville, infirmière de métier, rencontre les habitants pour évaluer et orienter vers le soin ou d'autres professionnels selon les besoins.

Premier cas concret

Le Maire est interpellé par courrier par un bailleur au sujet de Mr M., et qui transmet une pétition d'une dizaine de voisins, faisant état de divers troubles du comportement : depuis quelques mois Mr M., locataire depuis 3 ans, devient insultant à l'égard des voisins, détériore les boîtes aux lettres de l'immeuble, casse des bouteilles dans l'escalier et occasionne du tapage nocturne. Il a à plusieurs reprises agressé verbalement des résidents, et a récemment tapé avec un marteau dans la porte de l'un d'eux, en proférant des menaces. Les voisins précisent que Mr M. n'est pas dans son état normal, car il tient des propos incohérents. A la fois effrayés et excédés, ils demandent que Mr M. soit interné pour que cessent ses agissements, car de toute évidence il souffre de troubles psychiatriques, la vie devient insupportable pour eux, et ils craignent un passage à l'acte physique.

Les différents contacts pris par la chargée de projet santé mentale révèlent que Mr M. a été suivi il y a plusieurs années par la psychiatrie, notamment suite à une hospitalisation d'office, et qu'il est en rupture de soins depuis un an. Ses parents n'ont plus de lien avec lui, et ne se sentent pas en capacité d'accompagner leur fils : ils sont âgés, n'habitent pas à proximité, et ont par le passé

procédé à une hospitalisation à la demande d'un tiers, qui leur a été reprochée. La police est intervenue sur place une fois pour trouble de voisinage, et est en possession de deux mains-courantes. Il n'est pas connu des services sociaux.

La décision de procéder à une hospitalisation d'office sur la notoriété publique est prise au regard de ces éléments et de la survenue d'un nouvel incident : il a jeté par la fenêtre de la vaisselle et son téléviseur. Elle est réalisée après réquisition d'une ambulance du CHU, de la police, et d'un serrurier qui interviendra si la personne n'ouvre pas. L'hospitalisation d'office est notifiée à la personne, et SOS médecins procède à un examen médical pour conforter l'arrêt du Maire par un certificat. La personne, impressionnée par le nombre d'intervenants en présence, les uniformes et l'imminence d'un retour à l'hôpital, est coopérative, elle donne l'impression d'être soulagée.

Au moment de la sortie de Mr M., l'équipe de psychiatrie va visiter le voisinage pour préparer son retour, à la demande de la ville qui a reçu un appel d'un voisin : Mr M. est sortant, « ils l'ont relâché ! ».

Deuxième cas concret

La mission santé publique est interpellée au téléphone par une personne qui s'inquiète au sujet de sa voisine Mme S., qui reste cloîtrée chez elle, et ne répond plus. Elle semble en grande souffrance, car elle hurle régulièrement la nuit. Sa voisine, qui lui rendait des services, a du mal à rester en contact avec elle. Elle constate aussi que son état général se dégrade, et des odeurs nauséabondes filtrent par la porte de l'appartement. Cet état dure depuis des mois, et la voisine, qui craint qu'elle se laisse mourir, finit par avoir le contact de la ville, par l'intermédiaire de la police. L'évaluation montre qu'elle

Evaluation et médiation des troubles du comportement signalés à la ville de Nantes (suite)

n'est pas connue de la psychiatrie ni de la police, et qu'elle a eu un suivi social interrompu il y a un an. Un de ses enfants la voit épisodiquement, et précise qu'elle est fragile depuis toujours, et qu'elle a bénéficié d'un suivi médical il y a des années, dans une autre ville. Une visite à domicile est réalisée par la chargée de projet santé mentale de la ville, accompagnée du service hygiène de la ville. Mme S. finit par ouvrir, et après échanges, elle refuse toute proposition d'accompagnement.

L'évaluation de la situation montre que Mme S. a besoin de soins. Il est proposé à la fille de procéder à une HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) : la démarche, compliquée à réaliser pour la famille un peu déboussolée, est expliquée, et la ville propose de l'accompagner au domicile. Mme S., très dégradée, dénutrie et désorientée, sera hospitalisée 3 mois, et rentrera chez elle, transformée.

C'est autour de la personne et de ses difficultés, dans un espace de concertation formalisé entre le bailleur social, la psychiatrie publique et la ville de Nantes

que se construisent des pistes d'intervention, dans le respect de l'éthique vis-à-vis de la personne : comment entrer en contact avec elle, et tisser un lien, comment l'amener à rendre possible une démarche réaliste, comment réagir face à l'agressivité et la violence, comment anticiper la crise, et comment aborder le problème de la maladie et des soins ?

Dans cette mission d'évaluation et de médiation des troubles du comportement signalés à la ville, la mission santé publique a suivi 90 situations en 2005. Dans la grande majorité des cas, ce sont des personnes seules et isolées, livrées à elles-mêmes dans la cité, c'est-à-dire qui ont rompu les liens avec l'entourage, les services sociaux et les services de soins ou n'ont pas encore eu accès aux soins. Elles posent problème par leurs comportements irrationnels vis-à-vis du voisinage et des services publics. Les interpellants sont des particuliers, des professionnels, principalement les bailleurs mais aussi la police, les services sociaux, la psychiatrie, d'autres services de la ville. Plus rarement, ce sont des personnes en grand isolement, qui

inquiètent, mais sans causer de trouble. Chaque signalement est suivi d'un temps d'évaluation et d'identification du réseau existant autour de la personne : est-elle connue des services sociaux (CCAS, Conseil Général, tutelles), de la psychiatrie, des services de police, a-t-elle de la famille, un médecin traitant ? L'objectif est de venir en aide à la personne et de la mettre en lien avec les services concernés.

Les femmes sont autant concernées que les hommes, au moins dans les dossiers instruits. Un tiers des personnes sont déjà connues de la psychiatrie. Selon la situation, les réponses sont différentes : les échanges téléphoniques avec les professionnels qui gravitent autour de la personne sont suffisants pour répondre à la demande, une orientation vers le soin sous forme de HDT, après avoir expliqué la démarche à la famille ou aux professionnels (assistants sociaux, police). Cela peut aussi être un conseil auprès des travailleurs sociaux pour mieux aborder la personne dans un entretien ou à domicile sur le plan de la souffrance psychique. ■



Pouvoirs de police du maire, les changements à venir en matière d'hospitalisation d'office (suite)

d'un double point de vue. D'une part sur un plan symbolique, en plaçant la maladie mentale sur l'autel du risque délinquant. Que doit-on déduire en effet d'une loi qui fait de la gestion de la maladie mentale un moyen de prévenir la délinquance... ? La loi délivre ainsi une représentation de la maladie mentale qui ne peut que renforcer un ensemble de confusions de plus en plus à l'œuvre dans la société. D'autre part, en faisant du critère de la dangerosité, un critère fondamental d'appréciation des

réponses à donner à la maladie mentale et en investissant le maire d'une fonction de surveillance surtout se traduire pour lui, en cas d'incident, par un surcroît de responsabilité difficile à assumer. Il est d'ailleurs à noter que le législateur de 1990 avait volontairement écarté la compétence de droit commun du maire en identifiant le risque de confier totalement cette police à une autorité non seulement administrative, mais aussi politique, et donc exposée beaucoup plus facilement à différents types

de pression de la part des citoyens et des familles vivant dans sa commune... ■



La santé mentale, une implication quotidienne des élus locaux

**Marina GIROD
DE L'AIN**

Maire-adjoint
à la santé,
Ville de Grenoble,
1^{re} Vice-présidente
de l'Association "Elus,
Santé Publique
et Territoires".

Une question politique nouvelle et incontournable pour l'élu local
Les élus en charge de la santé sont sensibilisés à cette question, mais c'est l'ensemble des élus locaux qui devrait l'être, tant les interpellations sont d'origines diverses et fortement présentes dans notre quotidien.
De la plainte de voisinage, à l'incurie, à travers la lutte contre l'habitat indigne, avec les bailleurs sociaux, dans le domaine de l'action sociale et de l'urgence sociale ainsi que celui de la tranquillité publique et avec l'ensemble des associations partenaires de nos villes : chacun butte et exprime son impuissance.

Des situations qui s'expriment souvent à travers les plaintes de voisinage

On remarque à travers notre pratique la prégnance des troubles de voisinages dont voici quelques exemples issus de la centaine d'interpellations faites à la mairie de Grenoble; ils associent trouble de voisinage et problèmes de santé mentale.

Mme A est une personne âgée qui terrorise ses voisins: bruit, insultes, bousculades; les voisins déposent plainte pour harcèlement; il n'y a pas de prise en charge.

Mme B pose aussi des problèmes de voisinage: dégradation des parties communes, insultes, dégâts des eaux; elle est suivie par la psychiatrie de secteur.

Mme C est une personne très âgée qui harcèle sa famille par courrier et téléphone; elle a déjà été hospitalisée sous contrainte; elle est actuellement sans suivi social et médical.

M. D est signalé par sa famille pour repli, mutisme et isolement; il était suivi par la psychiatrie mais ne se rend plus aux consultations.

Ces situations auxquelles les élus doivent faire face, sont le plus

souvent des situations chroniques, anciennes liant plainte de voisinage, bruit, odeurs, menace d'expulsions, isolement familial, précarité importante et rupture de soins. Les élus sont également confrontés à des situations plus collectives avec les demandeurs d'asile, les personnes sans domicile, les populations Rom, les squats, de nombreuses personnes très éloignées du système de soins et le plus souvent sans droit ouvert.

De plus, les élus sont confrontés plus directement à la question des hospitalisations d'office. En effet, à travers ses pouvoirs de police, l'élu local a aussi le pouvoir d'hospitaliser d'office. Cette lourde responsabilité se situe à la frontière entre la santé, la sécurité et la liberté individuelle. Les éléments de dangerosité avérés sont rares. La contrainte est utilisée pour palier à des ruptures de soins avec une défaillance du suivi des malades. Dans ce contexte, s'il n'a pas suffisamment de formation concernant cette expertise, l'élu local risque de participer à la banalisation de la contrainte, comme mode d'accès à la psychiatrie.

Renforcer l'action locale

Comment cadrer alors et consolider une intervention publique et locale pertinente tant l'Etat est absent au côté des collectivités locales dans son rôle de garant et pilote? De même la psychiatrie, qui, faisant face à sa propre crise, interpelle rarement le politique localement comme acteur légitime et nécessaire? Pourtant, l'action communale demeure un échelon d'intervention généraliste. C'est là que la proximité avec des situations individuelles de vie est la plus forte.

On note une forte mobilisation des villes sur cette question, en termes de diagnostic et de recherche de nouvelle forme de partenariats locaux.



On voit bien la difficulté de nommer la question (nouvelle hygiène? Salubrité? Santé mentale?), et de dresser des priorités politiques tant l'éventail est large: difficulté des habitants à cohabiter, souffrance liée à la précarité, maladie mentale, accès aux soins, suivi des malades.

Aujourd'hui, l'action publique prend souvent la forme d'expérimentations locales. Ainsi à Grenoble l'action de la municipalité s'est significativement consolidée avec le renforcement des services communaux de santé, la construction d'indicateurs locaux en matière de santé mentale, l'analyse des besoins sociaux, l'embauche de psychologues pour se rendre au domicile des personnes suite à des plaintes de voisinage, la formation des acteurs associatifs, les points écoute, les conseils locaux de santé mentale en construction...

Mais les propositions de réformes actuelles renforçant le rôle des élus dans le cadre de la prévention de la délinquance doivent être ainsi combattues car elles n'apportent pas les réponses à une problématique de santé: l'urgence étant de repenser la contrainte dans l'ensemble du parcours de soins des personnes malades. ■

D'une imposition intolérable à une concertation obligée

Michèle VULLIEN

Maire de Dardilly,
Conseillère Générale
du Rhône.

Je voudrais témoigner de la difficulté pour un maire et son équipe municipale de gérer une situation inhabituelle impliquant un grand nombre d'acteurs non coordonnés.

A partir d'un cas concret on verra comment la concertation constitue un préalable à un partenariat utile à la santé mentale des populations concernées. C'est d'ailleurs un brûlant sujet d'actualité ...

Il y a trois ans, sur une commune de l'ouest lyonnais de 8500 habitants, un hôtelier accepte - dans des conditions particulièrement lucratives - d'accueillir dans son établissement des demandeurs d'asile dont les dossiers sont en instance auprès des services de la Préfecture.

Cette démarche est en soi légitime car il est inacceptable de voir des familles dormant dans la rue au cœur de Lyon, et la simple humanité envers ces populations nous fait un devoir de les héberger. Mais pas dans n'importe quelles conditions...

Craignant sans doute une réaction hostile, les services préfectoraux ont préféré « la politique de l'autruche » en se gardant bien d'informer les élus locaux, pas plus que les fonctionnaires de gendarmerie ou ceux de l'éducation nationale et du Conseil Général !

Une association a été mandatée pour « caser » plus de 160 personnes dont certaines en conflit dans leurs pays d'origine, sous la houlette d'une assistante sociale très compétente et dévouée, mais devant gérer quelques 800 demandeurs en différents points de l'agglomération ! Son professionnalisme et son engagement dans cette période particulièrement rude pour elle aussi ont été déterminants.

La situation est rapidement devenue intolérable tant pour les personnes réfugiées que pour

les riverains stupéfaits et les différents services rapidement dépassés par les événements... L'exaspération a vite confiné au racisme et la ville a dû prendre en main la situation, palliant l'absence d'un organe de coordination.

Les premières réunions ont été particulièrement « musclées », chaque protagoniste (Association d'aide aux réfugiés, DDASS, PMI, Education nationale, services sociaux de la ville) estimant à juste titre, remplir correctement sa mission. Au fil des jours apparaissaient de nouveaux intervenants (Croix-Rouge, médecins du monde, resto du cœur, etc...) sans que l'on évalue réellement leur rôle.

Il a fallu plusieurs rencontres pour mettre au point une stratégie, en inventant au fur et à mesure des solutions temporaires.

Par exemple, la mise en place d'une classe spéciale CLIN¹ dans un groupe scolaire pour accueillir les enfants en âge d'être scolarisés quel que soit le statut de la famille, a nécessité des heures et des heures de travail de persuasion. Je tiens à saluer l'engagement des adjointes au social et aux affaires scolaires, celui de nos services municipaux, des représentants de l'éducation nationale et des parents d'élèves.

Avec mon équipe, nous avons essayé d'apaiser le voisinage en sensibilisant les consciences à cette détresse, mais la peur et le sentiment d'insécurité s'installent vite. L'incompréhension régnait de part et d'autre. J'ai senti la souffrance de ces gens venus d'ailleurs et atterrissant par hasard dans notre commune, la souffrance des citoyens qui ont eux choisi cette commune pour y vivre en paix, la souffrance des travailleurs sociaux et des élus submergés par un sentiment d'impuissance et d'abandon !

Ce désespoir face à l'Etat qui faisait la sourde oreille à nos demandes a été source de révolte. J'ai eu l'occasion de m'en ouvrir au Préfet de Région avec qui j'entretiens d'excellentes relations ainsi qu'au Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Je dois dire que ce dernier a eu le courage, lors d'un colloque organisé sur l'accueil des demandeurs d'asile, de reconnaître que notre situation avait été insuffisamment coordonnée.

Je suis persuadée qu'une bonne coordination transversale avec « chef de projet » clairement identifié aurait permis de désamorcer beaucoup plus tôt une situation génératrice de violence.

Après trois années difficiles, l'hôtel se vide peu à peu : des enfants sont toujours scolarisés dans les classes, et nous célébrons des mariages de résidents accueillis dans notre commune. Mais que deviendront-ils ? Quelle intégration pour ceux qui signent encore leur nom d'une simple croix ?

Cet exemple est révélateur d'une problématique de santé mentale non centrée sur un individu en souffrance mais sur un collectif. L'absence de liens entre les responsables de l'Etat et de la commune facilite une « production locale de haine » qui n'est pas bonne à la santé psychique ni favorable à la capacité de vivre ensemble. Les effets psychiques d'une absence de coordination se sont fait ressentir autant chez les personnes accueillies que dans la population accueillante et chez les divers professionnels en charge. A l'inverse, le travail progressif de reprise collective et de coordination qui s'est construit, semble avoir produit des effets favorables en terme de santé mentale. ■

¹ La CLIN est une Classe d'Initiation, une structure d'accueil destinée aux « élèves non francophones nouvellement arrivés en France sans maîtrise suffisante de la langue française ».

Faire Ville à Marseille

Comme de nombreuses autres villes, la Ville de Marseille est confrontée à la santé mentale dans son quotidien et dans diverses situations : services rendus à la population, interpellations des professionnels de différents secteurs, sollicitations des élus par les administrés et gestion réglementée de l'hospitalisation d'office... C'est à la fois la récurrence des interpellations, l'idée d'une multiplication de situations restant sans solution où prédominent la tension et la gravité, mais aussi le sentiment que l'espace commun devient le lieu d'expression des détresses et souffrances isolées dans une urbanité qui se défait, qui ont conduit la Ville à interroger sa responsabilité.

Françoise GAUNET-ESCARRAS

Adjointe au maire, Déléguée à l'Hygiène, la Santé, le Sida, la Toxicomanie, la Prévention des Risques Sanitaires chez l'Adolescent.

Mylène FRAPPAS

Chargée de Mission, Responsable de la Mission Sida Toxicomanies et Prévention des Conduites à Risques - Direction de la Santé Publique - Ville de Marseille.

L'aptitude à entendre ce qui se vit et s'exprime sur un territoire pour agir dans le sens de l'intérêt commun n'est pas fait acquis ni pour des élus, ni pour des techniciens dont l'une des missions est celle de l'aide à la décision publique. Cette aptitude nécessite un postulat : celui de croire que la Ville n'est pas une simple construction gestionnaire et technique, mais un espace vivant, espace d'incertitude, sans cesse en apprentissage de la différence et de l'altérité, de production du vivre ensemble.

Il est des expériences qui forment à cette disposition.

Celle conduite depuis 1995 par la Ville de Marseille en matière de Sida et de toxicomanies en est une.

A cette date, face à l'ampleur de l'épidémie du Sida sur son territoire, notamment la contamination massive des usagers de drogues, la Ville de Marseille a marqué son engagement dans un programme politique fort, basé sur trois principes : le respect de l'intégrité et de la dignité des personnes, la nécessaire solidarité, et la globalité de la politique à mener.

Le rôle de la Ville a émergé dans la concertation et l'action avec les différents acteurs, institutionnels, professionnels, asso-

ciations d'usagers de drogues, de personnes malades et la population. Depuis, il paraît évident que la responsabilité et la relation de proximité qu'entretiennent les élus et les services municipaux avec la population, constituent un atout majeur dans la prise en compte partagée de ces problématiques sur l'ensemble de leurs aspects.

Aujourd'hui, dans le domaine de la santé mentale, la commune (élus et services techniques) se saisit des interpellations qui lui sont faites, et elle mesure à chaque fois la multiplicité des situations que celles-ci recouvrent (discontinuité entre différents soins psychiatriques, entre la prise en charge médicale et sociale, crises, isolement, rupture sociale, détresse, précarité et souffrance psychique, demande de soutien des proches, des familles, réhabilitation, insertion des personnes, nuisances, danger, plaintes du voisinage, stigmatisation, violence agie, violence subie...). Cette multiplicité amène à considérer que la notion de «santé mentale» est difficile à cerner, complexe et correspond à un vaste champ d'expériences dont la globalité ne peut être réduite à la maladie mentale. Elle vient qualifier aussi les manifestations de détresse des individus en difficulté dans leurs relations avec les autres et leur environnement.

Comment la Ville peut-elle se saisir de cette complexité ? A-t-elle un rôle à jouer ?

Pour certains, s'intéresser à la santé mentale semble devenu une évidence voire une exigence pour une commune ; d'autres soupçonnent là un relent d'hygiénisme, de contrôle social, de médicalisation du social...

Consciente que la proximité constitue un vecteur central et une condition pour la mise en place d'actions concertées et adaptées aux besoins de ses concitoyens, la Ville de Marseille souhaite contribuer localement à une démarche qui vise à croiser les différents

regards, les points de vue, accompagner la réflexion et aider à la mise en place d'actions.

Ainsi, dans un premier temps, la mairie a missionné l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) pour faire un état des lieux des problèmes de santé mentale sur le territoire communal.

Trois actions d'évaluation sont en cours de réalisation :

- L'élaboration d'un tableau de bord rassemblant et mettant en perspective des données statistiques détenues par divers organismes,
- Le recensement des structures et personnes ressources qui existent et agissent sur le territoire communal, complété de données recueillies par questionnaire auprès de ces structures,
- La réalisation d'une enquête qualitative dans le but de faire un diagnostic partagé de la situation des prises en charge à Marseille, à partir d'une méthodologie centrée autour de l'étude de trajectoires d'usagers en privilégiant, dans un premier temps, leur propre avis sur le système de prise en charge.

Un Groupe de suivi technique composé de représentants de la Ville, de la DRASS et de la DDASS, de psychiatres, psychologue, médecin généraliste, intervenants sociaux, associations de malades et de familles, chercheurs nourrit et suit ces actions d'évaluation dont les résultats seront connus au cours du premier semestre 2007.

Dans un deuxième temps, la Ville a voulu constituer un Conseil d'Orientation en Santé Mentale à l'échelle de son territoire. Il réunira des élus, partenaires institutionnels, des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, des associations d'usagers et des familles, des chercheurs.

Cette instance permanente de concertation et d'orientation sera tournée vers l'action et devra soutenir la municipalité dans la construction de son engagement et son rôle dans le domaine de la santé mentale. ■

Handicap psychique : une orientation forte de la ville de Paris

Pénélope KOMITÈS
Adjointe au maire de
Paris chargée des person-
nes handicapées,
Présidente du Conseil
d'administration
de l'hôpital Esquirol.

Une nouvelle définition du handicap psychique est donnée par la loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : «**Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de son altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap, ou d'un trouble de santé invalidant.**»
(Art L.114 Loi n° 2005-102)

Une politique efficiente, à savoir solidaire et efficace à la fois, en direction des personnes handicapées psychiques, doit reposer sur cinq principes éthiques. Premièrement, le droit à la dignité doit être garanti. Deuxièmement, la participation à la vie de la Cité est un droit incontournable pour permettre à la personne handicapée de jouer un vrai rôle de citoyen à part entière. Ceci implique l'accès à l'enseignement, à la formation professionnelle, à l'emploi et aux activités de sports, de culture, etc... La non discrimination, principe inscrit dans notre législation (loi du 12 juillet 1990), doit également être réaffirmée et réellement mise en œuvre. Le droit à la compensation – corollaire du droit à la non-discrimination – doit se traduire par l'aide humaine pour tout ce qui touche à l'assistance à la vie quotidienne. Enfin, la proximité, notion souvent oubliée alors qu'elle est fondamentale, doit être le fil conducteur de l'action publique. En effet, selon les situations géographiques le projet de vie peut évoluer dans un sens favorable ou défavorable. C'est ainsi que les liens familiaux doivent être privilégiés pour permettre le développement réciproque entre la personne handicapée et son entourage. Cette notion de pro-

ximité implique des réponses locales et régionales en termes de santé, d'accueil, de scolarité. Elle doit s'appuyer sur le développement de réponses plus souples et plus diversifiées, qui mettent fin à la logique systématique d'hospitalisation au profit de structures relais au cœur de la Cité.

Les expériences en la matière sont positives, mais encore largement insuffisantes. En effet, l'absence de lien entre les hôpitaux psychiatriques et les structures sociales et médico-sociales ne permet pas la création de passerelles indispensables au parcours de la personne. Il manque une coopération étroite entre les établissements hospitaliers, les structures de soins ambulatoires et les organismes d'insertion. C'est ici que les politiques locales ont une responsabilité, elles doivent développer une offre d'accompagnement diversifiée en faveur des personnes handicapées psychiques. Des solutions diverses et adaptées aux besoins de chacun doivent être mises en place, avec des passerelles entre chacune d'elles. Car à quoi bon diversifier les modes de prise en charge si l'on ne tient pas compte de l'évolution des personnes qui en bénéficient ?

La psychiatrie publique est aujourd'hui en crise, confrontée à la fois à des baisses d'effectifs et de crédits alors qu'on lui demande toujours de faire plus, de prendre en charge de

nouveaux patients. Il est de la responsabilité des élus locaux de se mobiliser pour défendre la psychiatrie publique au nom de la proximité et de l'équité territoriale. Confrontés au même terrain que les infirmiers et les médecins psychiatres, les élus ont le devoir d'agir et de se faire entendre au niveau régional ou national auprès des organismes de tutelle, dont l'éloignement ne permet pas de mesurer réellement les besoins locaux.

Malheureusement, pendant trop longtemps, les responsables politiques n'ont pas su s'intéresser aux actions transversales qu'impliquent tous les aspects de la vie quotidienne et surtout qui nécessitent un véritable travail en réseau. Les résultats ont donc été rarement à la hauteur des déclarations d'intention.

Ces réflexions ont été au cœur de la démarche d'élaboration du schéma directeur départemental pour l'autonomie et l'intégration des personnes handicapées à Paris, voté lors du Conseil de Paris de mai dernier, et qui entend accentuer l'action initiée en 2001 en faveur du handicap. Depuis 2001, la Ville de Paris mène une politique volontariste et ambitieuse en direction des personnes handicapées. Paris a ainsi multiplié par douze les crédits alloués au handicap, faisant de l'intégration des personnes handicapées en tant que citoyens à part entière l'une de ses priorités. ■



Le Conseil Local de Santé Mentale : réflexions d'un psychiatre

Angelo POLI

Psychiatre,
Chef de service,
CH de Saint Cyr au
Mont D'Or.

Divers textes nous sollicitent, depuis longtemps pour « mettre en place des lieux de concertation et de proposition » dans le cadre de la politique de santé mentale, soit sous forme de « Conseils de secteurs », soit, plus récemment, en organisant des « Conseils Locaux de Santé Mentale ». Ceux-ci sont définis comme « des instances de concertation et de proposition réunissant les différents professionnels sanitaires spécialisés que nous sommes, les acteurs de soins primaires, les intervenants du champ éducatif, les intervenants du champ judiciaire et les représentants des usagers ».

Mais si le législateur demande à la psychiatrie d'en être l'instigateur, « le secteur de psychiatrie » ne doit y siéger qu'en seule qualité de partenaire, au même titre que les autres. Le CLSM est alors un groupe de professionnels acceptant de travailler ensemble et de partager leurs compétences. L'engagement de ces professionnels inclut la complémentarité ; mais va au-delà puisque chaque partenaire, dans le travail accompli en commun, sera « modifié » par la connaissance qu'il aura acquise de l'autre ou des autres.

Aussi, en tant que chef de service, j'ai souhaité rapidement mettre en place un CLSM. Pourquoi ? D'abord, d'un point de vue pratique, puisque effectivement un certain nombre de patients a non seulement une problématique psychiatrique, mais aussi sociale, et qu'il était souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes, les services sociaux, les foyers d'hébergement, les CHRS, les responsables sociaux des villes et villages du secteur, etc... afin de faciliter leur réinsertion. Ce CLSM, mis en place en 2002, nous a aussi permis de connaître « de visu » nos partenaires, ce qui est toujours facilitateur de liens ; de comprendre ce qu'ils font, leur mode de fonctionnement, et surtout « de percevoir tout ce qu'ils ne font pas » ;

mais aussi de connaître et d'utiliser leurs propres réseaux, et en contrepartie, d'explicitier nos limites. Mais aussi, afin de mieux organiser la prévention...

Trois groupes cibles

Mais d'abord, un préalable à la réflexion : la population d'un secteur, envisagée du point de vue d'une pathologie potentielle, peut être séparée en trois groupes de population :

- Un premier groupe représentant « les personnes qui vont bien » : globalement bien insérées, travaillant, ayant des liens familiaux et sociaux. Nous, services de psychiatrie, ne les prendrons en charge qu'épisodiquement, voire jamais.

- Un deuxième groupe constitué de « personnes atteintes de pathologies mentales graves » : psychoses décompensées, névroses graves invalidantes, conduites addictives avec manifestations psychiatriques, pathologies déficitaires ou limitations intellectuelles avec des troubles du caractère. Toutes ces personnes relèvent, peu ou prou, de notre prise en charge et de suivi, souvent après un temps d'hospitalisation.

- Et un dernier groupe : ce sont « les autres » !... Qui ne sont « pas assez durablement malades » pour être dans le deuxième groupe ; même s'ils y transitent régulièrement... ; et qui seront pris en charge par les services sociaux entre autre ; mais qui posent aussi problème aux élus dans les quartiers.

Conséquences sur le modèle de CLSM

Cela amène à proposer deux modèles de Conseil Local de Santé Mentale :

- Le premier correspond à celui où l'on reste dans notre fonction médicale et soignante d'expert psychiatre. Notre mission consiste alors à définir et repérer clairement « les personnes atteintes de pathologies mentales graves » que nous prendrons en charge, et à différencier nettement celles qui appartiennent au champ social et qui

sont à la charge de nos partenaires.

L'objectif est alors de délimiter nettement nos zones de compétence : « à nous les AAH ; à eux le RMI ». Ce CLSM s'appuie sur le modèle qu'on définira « en étoile » : la psychiatrie au centre, les partenaires autour. Dans ce cas, le CLSM, issu de la psychiatrie, reste la « propriété » du secteur psychiatrique. - Le second modèle nous amène à nous impliquer dans la réflexion sur la prise en charge des personnes du dernier groupe, justement pour éviter qu'elles ne soient malades. L'objectif est la prévention. Nous acceptons d'avoir les « mêmes clients » que nos autres partenaires du secteur (nos partenaires classiques : médecins généralistes, services sociaux, services d'urgence des hôpitaux généraux, gérants de tutelles ; mais aussi les structures d'hébergement, de réinsertion, CHRS, foyers ; les services sociaux des villes, les bailleurs ; sans compter les services de police et de gendarmerie, la justice et les services de probation, etc...)

Dans ce cas, le CLSM, correspond à un modèle « en chaîne » : chaque partenaire, dont le secteur de psychiatrie, étant l'un des maillons de la chaîne. Les CLSM sont alors (ou ils devraient l'être) présidés par le maire ou son représentant.

Intérêt du CLSM

Il se présente dans « l'articulation et la coordination des équipes de secteur psychiatrique entre elles et avec leurs partenaires.

C'est grâce à cet outil de prévention que ces professionnels ayant acquis cette compétence nouvelle sont alors dans « la capacité et le droit de saisir les élus locaux » pour leur faire prendre en compte les problématiques locales qu'ils auront perçues... L'inverse est également vrai de la part des élus qui peuvent saisir les professionnels des problèmes qu'ils authentifient. ■

Bibliographie

Pluriels, N° 25,
Mars 2001,
Lettre de la Mission Nationale
d'Appui à la Santé Mentale

Remarques à propos d'une enquête sur le bien-être psychologique des chinois à Milan

Angelo BARBATO

Président de l'Association
Mondiale de
Réhabilitation
Psychosociale

Unité d'Épidémiologie
et Psychiatrie Sociale,
Institut de recherche
Mario Negri, Milan,
Italie.



¹ En 1978, l'Italie passe d'un régime d'assurance mutualiste à un système de santé national garantissant une couverture universelle et financé par un impôt national, avec la mise en place du Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Dans les dernières vingt années, les grandes villes en Italie ont connu, en retard par rapport à la plupart des pays européens, une transformation profonde de leur contexte économique, social et culturel à la suite de la présence de plus en plus visible de plusieurs groupes ethniques différents. En Italie les réactions des élus locaux à ce problème donnaient lieu d'habitude à deux approches: une approche sécuritaire visant la question des minorités ethniques en termes de sauvegarde de l'ordre public et une approche axée sur l'assistance sociale ou l'aide humanitaire. Les problèmes de la santé ont été abordés surtout en termes d'information et accès aux soins, sans considérer l'évaluation des besoins et la perception subjective des groupes intéressés, en laissant en outre de côté les aspects de la santé mentale, spécialement la souffrance psychosociale, c'est-à-dire l'expression de la détresse liée à des situations sociales particulièrement déstabilisantes qui peuvent produire une précarisation accrue de la personne.

Dans ce cadre de référence, le groupe de travail de l'Unité d'Épidémiologie et Psychiatrie Sociale de l'Institut de Recherche Mario Negri avait adressé au conseil de la ville de Milan un projet de recherche pour la réalisation d'une enquête sur la communauté chinoise, qui compte à peu près 30.000 personnes et a une présence importante dans certains quartiers de la ville. Il s'agissait d'un projet bien ciblé, selon lequel l'enquête devait se pencher sur le recueil des indicateurs subjectifs du bien-être, tels que l'estime de soi, la satisfaction de vie, les émotions ressenties, l'évaluation de l'état de santé en général, sans la prétention de caractériser des troubles spécifiques mentaux ou

physiques. Malheureusement, les élus municipaux chargés de s'occuper des problèmes de la santé et de l'assistance sociale, en collaboration avec les agences du Service Sanitaire National¹, n'ont pas manifesté beaucoup d'intérêt pour cette recherche, qui était donc en passe d'être abandonnée.

Cependant, à leur plus grande surprise, les auteurs du projet ont reçu la proposition de réaliser cette enquête dans le cadre d'un projet conçu pour les quartiers habités par la communauté chinoise, avec une partie d'un financement attribué à l'amélioration de la sécurité publique dans la ville de Milan. Cette initiative comprenait, à côté d'un renforcement des actions policières pour la répression de l'illégalité, plusieurs interventions pour favoriser l'intégration sociale des communautés étrangères, ainsi que les échanges culturels et la connaissance réciproque entre les communautés mêmes et la population italienne.

Mon but ici n'est pas la présentation des outils, du développement et des résultats de l'enquête conduite entre 2004 et 2006, entraînant la compilation d'un auto-questionnaire et la réalisation d'une série d'interviews d'un échantillon de 461 sujets appartenant à la communauté chinoise, avec la collaboration des associations de la communauté.

Je veux simplement souligner ce paradoxe : le problème du bien-être psychologique d'un groupe social perçu, d'une certaine façon, comme isolé et un peu dangereux, a été considéré comme important par les organismes dévoués au contrôle social de la déviance, pas par les organismes qui ont la tâche de protéger la santé des citoyens. L'explication la plus simple est

qu'il y a une tension, une indécision entre les partisans d'un contrôle social dur et ceux qui préconisent un contrôle social souple.

Mais on peut aller au-delà, en faisant aussi des considérations plus complexes. Peut-être la distinction entre santé publique et contrôle des troubles sociaux est de plus en plus effacée. Peut-être la question même de la sécurité entraîne l'enjeu de divers secteurs : police, justice, éducation, santé, transport, habitation, loisirs et sports, monde municipal. La diversité des acteurs interpellés par la question de la sécurité demande à ce que les actions soient réalisées par des initiatives où les acteurs sont mélangés. Peut-être la sécurité demeure désormais un concept relativement flou, qui prend une signification très différente selon le secteur ou la discipline auquel on appartient. Pour certains, la sécurité ne renvoie qu'au contrôle et à la répression de la criminalité et de la violence. Pour d'autres, elle se réfère davantage à un sentiment d'être à l'abri du danger ou encore correspond à la satisfaction des besoins de base (manger, dormir, avoir un toit, être soigné, etc.). Pour promouvoir cette dernière définition, il est nécessaire d'intégrer la sécurité dans une finalité de bien-être psychologique, donc de santé mentale.

Si tel n'est pas le cas, on doit craindre le danger non négligeable de voir une approche sécuritaire infiltrer le champ de la santé en général et de la santé mentale en particulier.

Pour ma part, j'ai voulu seulement poser quelques questions à partir de l'étrange petite histoire de cette enquête dans une des métropoles européennes. ■

Questions à Brice Hortefeux, Ministre délégué aux collectivités territoriales

Que pensez-vous des liens entre la santé mentale, la psychiatrie et l'action des collectivités locales. Il nous semble que vous cherchez à redéfinir l'articulation entre prise en charge médicale, prise en charge sociale et positionnement des élus. Quel est votre projet ?

Je ne suis pas sûr que l'on puisse parler de redéfinition des relations entre la santé mentale, la psychiatrie et l'action des collectivités locales.

La prise en charge médicale est et demeure de la compétence exclusive des autorités médicales. Ce sont elles qui posent le diagnostic, à tous les stades et, lorsque l'autorité administrative a un doute, ce sont encore elles, à travers leur mission d'expertise, qui sont amenées à le lever.

Quant à la prise en charge sociale, elle fait appel comme son intitulé l'indique à la notion de société. Ce sont les autorités administratives qui prennent la responsabilité de la mesure d'hospitalisation d'office.

Le fait de placer autrement le maire dans le dispositif des hospitalisations d'office est une mesure destinée à rendre la mise en œuvre de la législation plus efficace et à mieux protéger la liberté individuelle. Le maire ne peut agir que si un médecin atteste que les conditions légales sont réunies. Il ne pourra plus prendre de décision d'hospitalisation d'office sur le seul fondement de la notoriété publique. Enfin, sa décision peut être remise en question dès l'hospitalisation et au plus tard dans les 24 heures si le médecin psychiatre de l'établissement déclare que l'intéressé n'a plus lieu d'être hospitalisé.

J'ajoute que, d'une manière générale, il n'est en rien touché à l'esprit de la loi de 1990 et à la volonté de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux « dans la cité ».

Les maires ont des compétences en matière de police comme en matière sanitaire. Comment concevez-vous la réorganisation d'un pôle de compétence en matière de santé mentale et de psychiatrie, qui ne soit pas réduit aux hospitalisations sous contrainte ?

Votre question est effectivement pertinente.

Il est bien clair que la réorganisation de la psychiatrie ne se limite pas à la réforme de l'hospitalisation d'office mais concerne des enjeux sanitaires beaucoup plus larges.

Je rappelle que chaque année plus de 600 000 personnes font l'objet d'une hospitalisation en psychiatrie. Parmi celles-ci, 73 000 font l'objet d'une hospitalisation sous contrainte et moins de 10 000 d'une décision d'hospitalisation d'office.

Plusieurs rapports ont, ces dernières années, proposé une remise à plat de la loi de 1990 qui est attendue par les professionnels.

Le projet de loi de prévention de la délinquance ne peut embrasser toutes ces questions. Mais fallait-il pour autant se priver d'une occasion de faire évoluer l'hospi-

talisation d'office qui a un lien évident avec l'ordre public ?

Nous avons fait le choix d'une réforme partielle, ciblée sur l'hospitalisation d'office mais qui comporte des avancées substantielles. Lors de l'examen du projet de loi par le Sénat, Xavier Bertrand, le ministre de la santé et des solidarités, a confirmé la volonté du gouvernement d'engager à bref délai une réforme d'ensemble de l'hospitalisation sans consentement.

Sur quels arguments est venue l'idée d'inclure les hospitalisations d'office dans les dispositifs de prévention de la délinquance ?

Lorsqu'une personne souffrant de troubles mentaux commet un délit, voire un crime, notre tradition juridique veut qu'elle ne soit pas considérée comme responsable. Mais, pour les victimes, il y a bien une atteinte à l'ordre public. Et cette atteinte, tous les responsables publics en sont comptables.

En conséquence, il n'y a rien de choquant à inclure les hospitalisations d'office dans les dispositions d'un projet de loi qui vise à prévenir les comportements délinquants et, plus largement, les troubles à l'ordre public que constituent les comportements dangereux pour soi-même ou pour autrui. Cela ne veut pas dire pour autant que nous confondons les malades et les délinquants.

Dans ce travail qui consiste à réduire les facteurs de fragilité, ce que nous avons recherché c'est un équilibre. Une réforme de l'hospitalisation d'office est naturellement délicate. Dans l'idéal, il faudrait pouvoir à la fois offrir un maximum de garanties et un maximum de sécurité.

Nous avons pris le parti de rechercher le maximum de garanties tant sur le plan de la sécurité et de l'ordre public que sur le plan des libertés individuelles.

Le projet de loi comporte, de ce point de vue, quatre avancées significatives :

- D'abord, nous souhaitons favoriser l'information du maire, en particulier sur les sorties d'essai. Cette mesure, qui figure à l'article 18, est en pleine cohérence avec les différentes mesures du projet de loi qui amélioreront l'information du maire dans différents domaines. Il ne s'agit évidemment pas de considérer toutes les personnes hospitalisées sous contraintes comme des délinquants potentiels. Je rappelle toutefois que les personnes hospitalisées d'office le sont en raison des risques qu'elles ont pu faire porter sur la sûreté des personnes ou sur l'ordre public. Il n'est donc pas illogique que le maire soit informé des sorties d'essai.

- Deuxième point : nous proposons de mettre fin au « mélange des genres ». Aujourd'hui, la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers est souvent utilisée en lieu et place de l'hospitalisation d'office, car elle est plus rapide et plus simple, puisqu'elle est interne à l'hôpital. Ce choix initial de procédure est rarement remis en cause, alors qu'il empêche par la suite le préfet de mettre en œuvre les prérogatives que lui

Questions à Brice Hortefeux, Ministre délégué aux collectivités territoriales (suite)



confère la procédure d'hospitalisation d'office, en matière de sorties d'essai, de sorties accompagnées ou de sorties définitives. Nous allons donc rendre obligatoire le recours à la procédure d'hospitalisation d'office pour le cas d'atteinte à la sûreté des personnes ou de troubles graves à l'ordre public.

- Ensuite, nous allons clarifier le pouvoir des maires en matière d'hospitalisation d'office. Aujourd'hui, 60% des mesures d'hospitalisation d'office sont précédées de mesures provisoires, prononcées par le maire sur la base d'un « avis médical » voire de la seule « notoriété publique ». Nous proposons de maintenir la possibilité pour le maire d'intervenir avant le préfet. Mais cette intervention doit s'effectuer sur les mêmes critères.
- Enfin, nous allons mettre en place, pour toutes les hospitalisations sous contrainte, une période d'observation de 3 jours, souhaitée par les professionnels pour affiner les diagnostics. Aujourd'hui, la durée de 24 heures entre le 1^{er} et le 2^{ème} certificat médical est trop courte et ne permet donc pas une bonne appréciation de la situation.

Que pensez-vous du risque d'atteinte aux libertés individuelles, en particulier concernant la possibilité qualifiée par certains de « garde à vue sanitaire » ?

Il n'y a en aucune façon organisation d'une « garde à vue sanitaire » mais seulement la volonté de conférer un cadre juridique aux situations de terrain vécues au quotidien en apportant toutes les garanties et précautions nécessaires. Je rappelle que les dispositions de la loi de 1990 étaient anciennes et insuffisamment précises. Je souligne que les mesures prévues par le projet de loi s'effectuent dans un milieu médicalisé (c'est l'apport du projet de loi notamment pour Paris) et que la loi a pour vocation première de protéger le malade contre lui-même.

Quant aux libertés individuelles, il faut souligner que l'exigence d'un certificat médical à 72 heures apporte une garantie supplémentaire aux patients qui auront ainsi la certitude de voir leur situation réexaminée de nouveau et rapidement, alors que, jusqu'à présent, il n'existait qu'une possibilité d'un nouvel examen pendant les 15 premiers jours de l'hospitalisation, à l'initiative des psychiatres de l'établissement.

Des réseaux de santé mentale se sont construits dans de nombreuses villes de France, incluant les maires, leurs services et les différents partenaires du social et de la psychiatrie. Dans le cadre du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, comment concilier la confiance et la déontologie nécessaires aux fonctionnements de ces réseaux avec l'obligation faite à certains professionnels d'informer le maire voire de lui révéler certaines informations confidentielles ?

Il n'y a pas d'interférence entre les réseaux de santé mentale existants et les mesures mises en œuvre par le projet de loi.

Mais votre question me permet de clarifier les choses. Le partage d'information n'est pas, ni dans l'esprit ni dans la lettre du projet de loi de prévention de la délinquance, une obligation juridique inconditionnelle. En revanche, c'est bien un impératif moral et déontologique, et c'est surtout une nécessité très concrète pour garantir l'efficacité et la continuité des interventions sociales. On ne peut plus admettre que plusieurs professionnels interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille, constatent, chacun pour ce qui la concerne, l'aggravation de leur situation, sans que leurs informations soient partagées et leurs actions coordonnées.

Pour ce qui est des informations transmises au maire, là encore je souhaite clarifier les choses. D'abord, le maire a d'ores et déjà accès à différents types d'informations couvertes par le secret professionnel, y compris en matière sociale, et il est lui-même soumis aux obligations de secret sanctionnées par le Code pénal. En outre, comme pour le partage des informations entre professionnels, c'est aux professionnels, en l'occurrence au coordonnateur, qu'il appartient d'apprécier les informations qui doivent être transmises au maire.

Comment définir « la gravité des situations sociales, éducatives d'une personne ou de personnes composant une même famille » (article V du projet de loi) ? Cette gravité semble relative aux foyers les plus pauvres ?

Votre question appelle de ma part plusieurs remarques. Ce qui est en jeu, d'abord, c'est d'organiser le partage d'informations entre les professionnels de l'action sociale, et ensuite de permettre au coordonnateur de transmettre certaines de ces informations au maire. Il s'agit simplement d'éviter que l'on « passe à côté » de situations personnelles ou familiales graves, comme c'est encore trop souvent le cas.

Ce sera au premier chef aux professionnels de déterminer ce que recouvre la gravité des difficultés sociales, éducatives ou matérielles auxquelles fait référence le projet de loi. Pour donner des points de repère, le texte adopté par le Sénat se réfère d'ailleurs à l'« aggravation » de ces difficultés. Mais la définition, elle-même, ce n'est pas à la loi de la faire. Sauf à avoir des dispositions entièrement détaillées et bureaucratiques, il faut bien faire confiance aux acteurs de terrain, c'est-à-dire tout à la fois aux maires et aux professionnels.

Enfin est-il besoin d'ajouter que l'objectif de cette mesure n'est pas stigmatiser ou de sanctionner les familles qui en ont besoin, mais simplement de les aider. C'est aussi pour cela que nous avons voulu renforcer le rôle d'aide et de médiation du maire : les maires consentent déjà beaucoup d'efforts au titre de l'action sociale facultative. Proches de leurs citoyens, mieux informés, ils seront en mesure de contribuer plus encore à l'efficacité de cette action sociale. ■

Pourquoi il ne faut pas transformer une mesure thérapeutique en mesure sécuritaire

Pour le Comité de Rédaction,
Jean FURTOS

Alors que l'on attendait l'application du plan de santé mentale sur la lutte contre la stigmatisation des malades psychiques, voici que l'actualité psychiatrique se voit liée au souci de sécurité et à l'association de la violence à la folie. C'est ainsi que, dans l'interview donnée à Rhizome, Brice Hortefeux, Ministre délégué aux collectivités territoriales, exprime le point de vue du gouvernement sur l'inclusion des hospitalisations d'office (HO) dans l'arsenal de la prévention de la délinquance.

¹ Non encore publiée.

² Si le nombre global des hospitalisations sans consentement (HO + HDT) a de fait considérablement augmenté depuis la loi de 1990, l'augmentation porte en grande partie sur les HDT (et parmi elles surtout les HDT d'urgence), signant la prévalence de l'aspect santé mentale ; l'augmentation modérée des HO depuis ces 6 dernières années n'est pas évidente si l'on tient compte d'une confusion facile entre le nombre de mesures d'HO et la file active (plusieurs HO/an pour 25% des personnes dans certains départements) ; par ailleurs, on remarque que le taux d'HO reste stable par rapport au nombre total d'hospitalisations en psychiatrie.

³ Nous ne reprendrons pas ceux déjà développés par Pauline Rhenner, p. 7.

⁴ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

L'argument essentiel pour transformer une mesure thérapeutique en mesure sécuritaire repose sur la potentialité des malades mentaux à mettre **gravement** en cause la sûreté des personnes et l'ordre public. C'est ce seul point que nous voulons confronter à l'autorité de la réalité, sans aborder certains éléments techniques de la loi contestés avec fermeté par l'ensemble des institutions, professionnels et usagers de la santé ; sans évoquer, non plus, les réactions des maires eux-mêmes.

Pour avoir un point de vue circonstancié, il est indispensable de donner sens aux chiffres d'HO et aux situations qui y conduisent, à l'aide de travaux récents concernant le rôle des maires dans la mise en œuvre des HO, rôle initial qui concerne environ 70% de ces mesures en France, et la quasi majorité de celles-ci dans certaines grandes villes. Nous nous appuyerons pour ce faire sur l'étude DIV-ONSMP sur ce thème précis (2006)¹.

Si l'on se penche sur le seul aspect quantitatif des HO², on se trouve devant un puzzle inextricable marqué par une extrême dispersion et une hétérogénéité majeure des chiffres d'un département à l'autre, d'une commune à l'autre, d'une année à l'autre. L'étude DIV-ONSMP sus-citée permet de proposer une vision qualitative plus fine et plus cohérente de cette dispersion.

La première donnée, assez surprenante, est que **ces chiffres ne**

chiatrique d'une population ni le degré de troubles à la sûreté des personnes et à l'ordre public, mais la manière dont fonctionnent les dispositifs en charge de ce type de problème. L'étude suggère fortement que les taux d'HO sont corrélés à certains facteurs qui ont une signification qualitative non univoque³, tout particulièrement en ce qui concerne les pratiques de la psychiatrie et l'engagement des villes.

Du côté de la psychiatrie publique, l'intervention précoce de ses soignants dans les situations critiques, en amont d'une décision potentielle d'HO, induit un faible taux d'HO ; elle aboutit plus volontiers à un accès aux soins par HDT⁴, par hospitalisation libre, par des soins ambulatoires ou à domicile ; elle peut aussi conduire à une résolution autre que psychiatrique.

A l'inverse, si un service de psychiatrie commence le soin en aval de l'HO, le taux d'HO sera de beaucoup supérieur.

Du côté des villes, le niveau d'investissement municipal en matière de santé mentale change considérablement la donne.

Plus une commune, le plus souvent une grande ville, se donne les moyens d'instruire les dossiers de plaintes (troubles de voisinage...), plus le taux d'HO a tendance à augmenter, et cela se comprend : une instruction correcte de ces dossiers va permettre à davantage de personnes malades mentales d'avoir un accès aux soins par cette procédure. On note aussi que des situations de crise "chaudes" seront désamorçées.

Si, au contraire, les plaintes de voisinage susceptibles d'être corrélés à des troubles mentaux nécessitant des soins ne sont pas instruites, on observera un taux d'HO plus bas, signifiant que les situations s'aggravent sur place, sans traitement médical ni médiation sociale.

On voit combien le niveau d'investissement d'une municipalité en terme de santé mentale est important à consi-

d'intervention des services de psychiatrie. Mais il convient de se pencher sur les causes des troubles conduisant les services municipaux et les élu(e)s à initier de telles mesures.

Les causes les plus fréquentes sont de deux sortes : d'une part, les situations d'incurie, d'enfermement chez soi, de négligence de soi-même, de rupture thérapeutique, avec des problèmes non exceptionnels de salubrité ; d'autre part les situations de persécution psychique entraînant des troubles du voisinage, avec des comportements bizarres et atypiques susceptibles de générer une exaspération, une agressivité ou une peur, sans problème de délinquance avérée même s'il y a gêne réelle de la qualité de vie. **En réalité, l'immense majorité des mesures d'HO concerne des troubles du registre de la tranquillité publique et parfois de la salubrité. Par contre, les situations de danger effectif pour la sécurité des personnes et l'ordre public sont extrêmement rares en terme de violence grave.**

Faudrait-il réserver l'intervention des maires à ces seules situations statistiquement exceptionnelles ? Est-ce l'intention du concepteur de la loi ? Ou bien les informations portées à sa connaissance auraient-elles sous-évalué les situations ordinaires qui ne sont pas du registre des troubles graves de l'ordre public ?

Quoi qu'il en soit, ce questionnement se pose à l'évidence dans le cadre général des hospitalisations sans consentement où l'accès à des soins appropriés est la question principale.

En l'état, sortir la question des HO de l'arsenal des mesures de prévention de la délinquance apparaît plus qu'opportun. Ne serait-ce pas sagesse de considérer que la question globale des hospitalisations sous contrainte doit être traitée sous l'égide du ministère de la Santé, en prenant le temps d'une élaboration prenant en compte le soin,



Nous avons lu

■ La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités.

Collectif sous la direction de Maryse Bresson, Ed. L'Harmattan, Paris, Juin 2006

Le travail social, la psychologie, la psychiatrie et la sociologie nous semblent aujourd'hui des pratiques professionnelles et des savoirs bien différents. Pourtant Elias, Foucault et Castel ont montré que leurs frontières sont floues et historiquement mouvantes. Cet ouvrage aborde un thème qui intéresse les acteurs sociaux, les politiques et tous ceux qui s'interrogent sur la manière dont nos sociétés posent les problèmes sociaux et cherchent à les résoudre.

■ La Dignité, les debuts de l'utopie.

Bernard Doray Ed. La Dispute, Paris, 2006.

Ce livre est celui d'un mot, « dignité », qui court aujourd'hui le monde, et qui est pris ici dans sa signification majeure : les lieux du psychisme et de la culture par où les femmes et les hommes affirment leur appartenance au monde humain. On questionne l'histoire du concept de dignité en Occident ; on interroge la discrétion du concept de dignité chez Freud à partir d'une hypothèse biographique originale ; les sciences sociales sont convoquées autour des dossiers de la pauvreté et de la dissidence. Ce travail n'a pas de précédent ; il ouvre un ensemble de perspectives nouvelles et propose un chemin vers un humanisme de notre époque.

■ La psychiatrie en péril, en dépit des Etats généraux.

Sous la direction d'Hervé Bokobza, Ed. Erès, 2006.

Résister au morcellement, à la dispersion, à la dilution du travail collectif. Résister pour maintenir les impérieuses nécessités de l'exercice pluriprofessionnel. Résister à toute tentative réductionniste de la conception du psychisme. Résister à l'essai de déspecifier la discipline psychiatrique. Tels étaient les objectifs des Etats généraux, tel est le projet que continue de porter cet ouvrage.

■ Les idéalistes passionnés.

Maurice Dide, Ed. Frison-Roche, Octobre 2006.

La folie envahit le lien social. L'idéaliste passionné n'est pas le psychotique hospitalisé, abandonné à la médication qui l'isole toujours plus ; il serait plutôt, selon la préface de Caroline Mangin-Lazarus, le directeur de gestion qui, statistiques à l'appui, exige une plus grande file active, le chef de parti qui prône la haine de tel groupe, ou encore le fondateur de telle secte... Cette publication réactualise cette œuvre de premier plan et redonne sa place au Dr Maurice Dide dans l'histoire de la Résistance.

Agenda

■ Pauvreté, exclusions, visages et initiatives à travers le monde, le travail social, acteur et partenaire.

Séminaire international les 22, 23 et 24 novembre 2006 à Lille.

Institut social Lille Vauban.

Tél : 03 20 21 93 93 – Mèl : sylvie.gama@fupl.asso.fr

■ Social et psychiatrie face à l'exclusion : les chemins de l'innovation sont-ils encore praticables ?

Vendredi 1^{er} décembre 2006 de 9 h à 17 h - Athénée Municipal de Bordeaux.

Contact : Association ASAIS - Tél 05-56-52-60-59 – Mèl : asaais.icare@free.fr

■ Représentations des troubles psychiques, pratiques de soins et vécu des malades.

Colloque organisé à l'initiative de la DREES-MiRe le lundi 4 décembre 2006.

Maison de l'Horticulture, 84 rue de Grenelle, 75007- Paris.

Mèl : santementale@marketplace.fr – Fax : 01 44 31 54 49.

■ Evolutions récentes des pratiques et théories psychiatriques en France et au Québec. Une confrontation transatlantique.

Dix-neuvièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier. Les 4 et 5 décembre 2006.

Ecole de Chimie et Physique Electronique de Lyon.

Domaine scientifique de la Doua – Villeurbanne.

Tél : 04 72 72 04 61.

■ Douleur et santé mentale. Etat des lieux. Vulnérabilité et handicap psychique.

Jeu 7 décembre 2006 - Centre de Recherches Biomédicales des Cordeliers- Paris 6^{ème}.

Tél : 05 57 97 19 19 – Fax : 05 57 97 19 15 – Mèl : info@comm-sante.com

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale
Directeur de publication : Jean FURTOS
Coordinateur éditorial : J. Pierre MARTIN
Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUIFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lyon)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60
Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere
Impression et conception : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Dépôt légal : 2269 - Tirage : 11 500 ex.
ISSN 1622 2032