



JOURNEE INTERREGIONALE VENDREDI 13 MARS 2009

« CHANGER DE REGARDS POUR CHANGER LES PRATIQUES »

Journée organisée par les DRASS Provence Alpes Côte d'Azur, Languedoc
Roussillon et Corse, en collaboration avec la FNARS PACA Corse DOM

Et le concours de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité
ONSMP-ORSPERE

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION AU COLLOQUE	5
Serge DAVIN.....	5
Directeur adjoint de la DRASS Provence, Alpes, Côte d'Azur, Animateur du colloque	
Michel AMIEL.....	5
Vice-président du Conseil Général, Délégué à la santé, à la PMI et à la protection de l'enfance	
Jean CHAPPELLET	7
Directeur Général de la DRASS Provence, Alpes, Côte d'Azur	
Jean-Claude HUSSON	10
Représentant Monsieur DUTREIL, Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de la région Provence, Alpes, Côte d'Azur	
2 QU'EST-CE QUE LA PRECARITE ET EN QUOI CONCERNE-T-ELLE LA SANTE MENTALE ?	12
Jean FURTOS	12
Psychiatre et Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE	
3 LA PEDOPSYCHIATRIE DES L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL : UN AXE DE PREVENTION	17
Guillaume BRONSARD	17
Pédopsychiatre, Directeur de la Maison Départementale des Adolescents, Conseil Général des Bouches-du-Rhône	
4 ECHANGES AVEC LA SALLE	20
5 LES LOGIQUES D'EXCLUSION DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET LES RAPPORTS AMBIVALENTS DES STRUCTURES DE SOINS ENVERS LES PERSONNES PRECAIRES	24
Thémis APOSTOLIDIS	24
Professeur en psychologie sociale de la santé, Université d'Aix en Provence	
6 LE TRAVAIL POUR LA SANTE MENTALE DANS LE MILIEU COMMUNAUTAIRE : ... 28	
Massimo MARSILI	28
Psychiatre, Direction du département santé mentale de Trieste	

7	ECHANGES AVEC LA SALLE	31
8	TABLE RONDE : RENCONTRER ET PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES PRECAIRES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE	38

GRANDS TEMOINS

Hermann HANDLHUBER	38
Travailleur pair à Médecins du Monde. Equipe mobile santé mentale – Marseille	
Jean NAUDIN	40
Chef de service psychiatrie, CHU de la Timone Marseille	

INTERVENANTS A LA TABLE RONDE

Béatrice STAMBUL	41
Psychiatre, Coordonnateur du service STS toxicomanie addiction, Centre hospitalier Montperrin d' Aix en Provence PSYCHIATRIE, PRECARITE ET URGENCES	
Frédérique STEFANAGGI	45
Directrice adjointe du CHRS la FALEP à Ajaccio TRAVAILLER EN RESEAU POUR AIDER LES PERSONNES	
François PERNIN	47
Médecin chef de l'hôpital d' Ajaccio, Médecins du monde, Président de la coordination Lutte Contre l'Exclusion	
Pierre-Marie TARDIEUX	50
Médecin, Responsable de la PASS CHU de Nice, LA PRECARITE NE FAIT PAS LA DEPRESSION, MAIS ELLE Y CONTRIBUE	
Régine CHEYREZY	52
Permanence d'accès aux soins Montpellier DES INDICATEURS INQUETANTS	
Eric SCHNEIDER	53
Responsable de l'association ACCES LE COUNSELLING : QUELLE CONTRIBUTION DANS LE DISPOSITIF DE SANTE MENTALE ?	
Florence PESCE	55
Psychiatre, Coordinatrice de l'équipe mobile santé mentale précarité d' Aix en Provence ALLER VERS LES PERSONNES EN SOUFFRANCE	

9	DEUXIEME TABLE RONDE : HABITER LA CITE.....	57
----------	--	-----------

GRANDS TEMOINS

Jean NAUDIN	57
Chef de service psychiatrie CHU de la Timone Marseille	

INTERVENANTS

Florence BOUILLON	58
Socio-anthropologue, spécialisée sur les thèmes de la ville et de l'habitat LA NOTION D'HABITER	
Samuel COPPENS	62
Direction de la Fondation Armée du Salut Marseille LA RESIDENCE ACCUEIL, LIEU DE VIE ET DE TRANSITION PARTENARIAL	
Katia BOTHY-CORTECCIA	65
Psychologue au SAD puis SAMSAH de Nice, Association ISATIS SANTÉ MENTALE ET PRECARITÉ : LA DOUBLE INSTABILITÉ	
Patrick MARENGO	68
Chargé de mission développement social à Habitat Marseille Provence PARTENARIAT ENTRE UN BAILLEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE	
Françoise GAUNET-ESCARRAS	70
Adjointe à la santé à la mairie de Marseille, Médecin À QUAND UN DISPOSITIF D'HEBERGEMENT ORGANISE POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE HANDICAP PSYCHIQUE ?	
Jean NAUDIN	72
Chef de service psychiatrie CHU de la Timone Marseille	
Hermann HANDLHUBER	73
Travailleur pair à Médecins du Monde (squat Curiol)	
10 ECHANGES AVEC LA SALLE	74
11 CLOTURE DU COLLOQUE	80
Serge DAVIN	80
Directeur adjoint de la DRASS Provence, Alpes, Côte d'Azur, Animateur du colloque	
Pierre LARCHER	81
Chargé de mission DGAS	
GLOSSAIRE	83

1 INTRODUCTION AU COLLOQUE

Serge DAVIN

Directeur adjoint de la DRASS Provence, Alpes, Côte d'Azur
Animateur du colloque

Mesdames et Messieurs, je suis Serge Davin, chargé d'animer cette journée, c'est-à-dire essentiellement d'en assurer la police et notamment la police des interventions et des débats. Et comme ce n'est pas ma vocation naturelle, je compte évidemment sur votre bienveillance et votre coopération.

Michel AMIEL

Vice-président du Conseil Général
Délégué à la santé, à la PMI et à la protection de l'enfance

Bonjour à tous. Mon domaine n'est pas non plus la police, même si de par mes délégations au Conseil Général nous sommes parfois amenés à travailler ensemble. Mon domaine essentiel, outre la santé qui du reste est aussi mon métier, c'est tout ce qui concerne la protection de l'enfance, que ce soit la protection maternelle et infantile ou l'aide sociale à l'enfance.

Pour des raisons de calendrier, cette semaine tourne beaucoup autour des questions de santé mentale. J'ai été amené, il y a quarante huit heures, à ouvrir une journée de réflexion concernant la souffrance psychique, puisque je suis également maire des Pennes Mirabeau, au cœur d'un territoire où nous sommes parfois confrontés de plein-fouet à ce genre de difficultés.

Je voudrais tout d'abord excuser le Président Jean-Noël Guérini que je représente aujourd'hui, retenu par des contraintes d'emploi du temps et je me réjouis d'ouvrir ce colloque « Santé mentale et Précarité », cette dernière étant un domaine que nous connaissons bien au Conseil Général. En effet, la majeure partie de nos compétences touche le social, compétences renforcées par les deuxièmes lois de décentralisation.

Nous avons également la Maison Départementale des l'Adolescents et Guillaume Bronsard, son Directeur, interviendra dans ces journées. C'est dire que nous connaissons bien les domaines de souffrance psychique, de précarité et de difficultés sociales.

La souffrance psychique, les dysfonctionnements, qu'ils soient psychologiques ou comportementaux, ont un impact direct et durable sur l'adaptation sociale des individus. Cela entraîne marginalisation, isolement, exclusion, repli sur soi et de façon générale faiblesse de l'accès aux soins. Aborder le soin dans le cadre de la maladie mentale n'exclut en aucune façon une réflexion sur l'impact des phénomènes économiques et sociaux sur la personne, surtout dans le contexte de crise dans lequel nous nous trouvons. En effet, la voie de la guérison ne se fera jamais en dehors de la communauté, de la vie retrouvée dans le corps social, de l'accès aux choses les plus élémentaires.

Et ce n'est pas nécessairement une vie normalisée, normée, pour ne pas dire formatée, que l'on doit espérer ou attendre pour un individu qui se retrouve en souffrance psychique, mais une vie libre, une vie de choix.

La mission du soignant de l'esprit, comme d'ailleurs du travailleur social, est d'accompagner, de rendre possible ou au moins de faciliter le déroulement d'une vie digne et libre aux personnes qui l'ont perdue, et ce, quelles que soient les raisons de cette perte.

Comment améliorer leur sort ? Comment soigner sans se soucier des conditions de vie, d'habitat, des revenus les plus élémentaires, des possibilités de rencontres et d'échanges ? De la même façon, comment s'occuper de la précarité sociale d'un individu ou d'une famille sans se soucier de son état et de ses capacités psychologiques, de ses besoins éventuels de soins spécifiques ? Au travers de ses diverses missions de solidarité, le Conseil Général est engagé sur de multiples fronts de la santé mentale, même s'ils ne relèvent pas directement de sa compétence.

Votre intervention concerne plusieurs directions de la direction générale de la solidarité autour de la prévention, de la protection et, de façon générale, de tout ce qui touche au développement de l'enfant et de sa famille et la lutte contre l'inadaptation sociale.

Nous avons récemment établi, à la demande de nos amis de la DRASS, un état des lieux des actions existantes spécifiquement dirigées vers la santé mentale. Je pense en particulier :

- aux actions tournées vers l'enfance et la famille, la prévention précoce menées principalement par nos services de PMI au sein des CAMS que nous finançons à hauteur de 20%,
- au travail sur les dysfonctionnements familiaux sévères qui impactent directement le développement psychique des enfants confiés à l'ASE dans les maisons d'enfants à caractère social, les foyers d'urgence de la DIMEF, les familles d'accueil,
- aux actions directes dans la prise en charge de la prévention des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent dans le cadre de la Maison Départementale des Adolescents et du CMPP, tous deux dirigés par le docteur Bronsard.

Il faut savoir que plus de 50% des dossiers enfants traités à la MDPH concernent les troubles psychiques et ce chiffre interpelle. C'est tellement vrai que l'un des axes que nous souhaitons mettre en lumière dans le cadre du prochain schéma départemental sur lequel nous travaillons et qui va couvrir la période 2010/2014, traitera essentiellement les problèmes de santé de ces enfants, non pas ponctuels (il ne s'agit pas lorsqu'un enfant est confié à une MECS ou une famille d'accueil de l'amener chez le médecin traitant parce qu'il a une angine), mais pour une prise en charge beaucoup plus globale de sa santé.

Nous sommes tous élus, professionnels et bénévoles des associations et des services médicaux sociaux mais aussi les travailleurs sociaux de nos Maisons de la Solidarité et des CCAS au premier rang pour accompagner et prendre en charge ces personnes fragilisées, exclues de nos sociétés, dont la souffrance psychique et l'intégrité de la santé mentale nous interrogent.

Au-delà de cette partie discours que je vous ai présentée avec une lecture attentive, je voudrais terminer par une note plus personnelle sur le problème de la santé mentale. Un certain nombre d'évènements récents ont fait qu'à nouveau le malade mental est stigmatisé. Et je ne pouvais pas sous les feux de l'actualité terminer mon intervention sans aborder cette question. On stigmatise le « fou », excusez-moi le mot est provocateur. Je sais que dans ce monde d'euphémismes on ne parle plus de sourds mais de malentendants, d'aveugles mais de malvoyants ; je dis que le fou est stigmatisé, tout comme la maladie mentale.

J'aimerais rappeler que la perception de la maladie mentale et du fou a beaucoup évolué dans l'histoire. Nous sommes passés d'une conception magique avec le chaman, à une conception sacrée, religieuse avec le prêtre, puis à une conception morale – il faut lire et relire « *L'histoire de la folie à l'âge classique* » de Michel Foucault, j'avoue que lorsque je m'intéresse à la santé mentale j'ai toujours ce livre à portée de main - pour passer enfin à une conception médicale et médicosociale.

Je me rappelle de ce tableau célèbre montrant Pinel qui libère les aliénés de l'Hôpital Bicêtre. J'aurais presque envie de dire qu'il ne faudrait pas renouer les chaînes de l'Hôpital Bicêtre ni stigmatiser l'enfant et je fais allusion au rapport fait par l'INSERM sur le dépistage précoce des troubles mentaux. Dépister en tant que médecin : comment ne pas être d'accord ? Mais dépister sans montrer du doigt et surtout peut-être en se donnant la capacité, une fois le trouble dépisté, de mettre en place les moyens nécessaires pour en éviter le développement.

Voilà la petite note personnelle par laquelle je voulais terminer. Cette journée sera, j'en suis certain, fructueuse et intéressante. En se rappelant santé mentale et précarité, sans être réducteur, oui la société dans laquelle nous vivons, la pauvreté qui réapparaît, la précarité qui est le spectre actuel de notre société, font le lit du trouble mental, du trouble comportemental.

Merci d'être venus aussi nombreux.

Jean CHAPPELLET

Directeur Général de la DRASS Provence, Alpes, Côte d'Azur

Je voudrais tout d'abord vous souhaiter la bienvenue, non pas dans les locaux du Conseil Général, le docteur Amiel l'a fait, mais surtout à cette journée de travail. Et souligner d'abord que vous êtes issus d'origines très différentes, à la fois sanitaires et sociales mais également de métiers très différents. Vous êtes cependant tous des professionnels intervenant auprès de personnes souffrant de troubles psychiques et/ou de difficultés sociales, d'exclusion.

Je vous remercie d'avoir répondu à cette invitation organisée dans un cadre plurirégional puisqu'il concerne les régions Provence, Alpes, Côte d'Azur, Languedoc Roussillon et Corse, et je salue mon collègue directeur régional de Corse ici présent.

Je suis très heureux d'ouvrir cette journée de travail, avec le docteur Amiel qui représente Monsieur Guérini, avec Monsieur Husson qui représente le directeur de l'ARH, car nous aurons des interventions complémentaires. D'ailleurs, d'autres personnes présentes dans cette salle pourraient aussi figurer au rang des institutions qui travaillent sur ce thème. Et je salue à mon tour le docteur Gaunet de la ville de Marseille.

Je voudrais souligner également que cette journée a été préparée avec un comité de pilotage et l'appui de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale de Provence, Alpes, Côte d'Azur, Corse. Je les remercie d'avoir participé à cette organisation.

J'aimerais dire un mot sur les raisons qui ont amené à faire ce colloque. Et le fait que la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) ont souhaité, dans chaque inter région et afin de couvrir toute la France, avec l'appui de l'ONSMP-ORSPERE représenté par Monsieur Furtos, proposer sur le territoire national des journées consacrées aux problématiques de la santé mentale et de la précarité. Nous sommes dans un mouvement national, nous clôturons aujourd'hui ces journées nationales puisque les régions Bretagne, Rhône-Alpes, Nord-Pas de Calais nous ont précédés sur cette voie.

Le contenu de la rencontre d'aujourd'hui a été construit avec le comité de pilotage, mais il est surtout le reflet d'une forte demande du champ social et du champ sanitaire. Ces deux champs complémentaires ont manifesté depuis longtemps et dans de multiples occasions un besoin d'échanger sur leur vécu, sur ce qui se présente au quotidien, les expériences qu'ils ont menées ou qu'ils mènent, leurs difficultés, mais aussi de témoigner d'approches différentes, originales, souvent expérimentales. Et ces différents termes montrent bien que dans ce domaine de la santé mentale ou de la souffrance psychique des populations en grande précarité, nous travaillons dans un domaine complexe et il n'y aura pas en face de pensée unique. Seule la diversité des solutions devra être mise en œuvre.

J'insiste sur ce point : nous avons organisé, pensé ce colloque pour les professionnels, avec les professionnels. Il doit répondre à un besoin et on peut en voir pour preuve le nombre de participants à cette journée qui a obligé à doubler la salle et même à refuser des inscriptions. J'insiste sur le fait que cette journée doit être participative, chacun, à commencer par les intervenants, apportant son point de vue, tous les participants leur contribution aux échanges. C'est un sujet qui mérite en effet de nombreux échanges.

Comment rapprocher les préoccupations des travailleurs sociaux face à un public précaire dont le profil évolue ? Je ne vais pas vous apprendre que vous avez à prendre en charge des populations dont on ne parlait pas il y a encore quelques années. Les publics se sont féminisés, l'âge a changé, ils se sont à la fois rajeunis puisque nous avons de très jeunes enfants et aussi des personnes âgées, ce qui était inconcevable il y a quelques années. Le public évolue pour les travailleurs sociaux, tout comme pour les professionnels de la santé mentale ; et des questions comme la préparation de la sortie de l'hospitalisation ou la prise en charge thérapeutique hors des locaux de soins qui, il y a encore quelques années, étaient certes indiquées dans de nombreux rapports sur la psychiatrie ou la santé mentale (et nous en avons quelques uns en vingt ans), mais qui ne correspondaient pas toujours à une réalité objectivée et vécue. Nous sommes au cœur de ces problèmes de santé qui nécessitent des échanges entre les deux secteurs.

Dans nos trois régions c'est vraiment un enjeu inscrit dans l'épidémiologie. Et pour ne prendre que l'exemple de la région Provence, Alpes, Côte d'Azur, je rappelle que nous

avons, début 2008 – et je ne pense pas que la situation se soit améliorée en quelques mois – plus de 700.000 personnes dans des foyers à bas revenus dont plus de 300.000 enfants de moins de vingt ans. Et je rappelle aussi, pour le cas où ce serait nécessaire, qu'en région Provence, Alpes, Côte d'Azur nous sommes en troisième position des régions les plus touchées par la pauvreté, la précarité, après Languedoc Roussillon et le Nord Pas de Calais. C'est dire l'importance de ce phénomène.

Quelques chiffres sur la façon dont sont vécus par ces personnes en situation précaire les troubles mentaux, du comportement. Il faut avoir présent à l'esprit qu'une équation ne peut pas être faite : pauvreté = troubles psychiques = troubles de santé mentale. Il faut savoir que 11% des habitants de la région appartenant à des ménages pauvres déclarent souffrir de troubles mentaux ou du comportement, et qu'au sein de ce groupe de pathologies la dépression est la maladie la plus déclarée.

Je ferai référence à une étude qui a été menée par l'UNIOPS Provence, Alpes, Côte d'Azur, Corse portant sur les personnes fréquentant les dispositifs sociaux, qu'ils s'agissent de dispositifs d'hébergement ou de logement prolongeant l'hébergement type maisons-relais ou appartement de coordination thérapeutique, et qui permettent d'avoir un éclairage sur les problématiques de santé les plus fréquemment repérées par les professionnels de ces structures. Dans l'échantillon constitué à cette occasion, des souffrances psychiques étaient identifiées dans 86% des cas et des troubles psychiques, dans 82%. Ces chiffres peuvent être discutés ; il faut se garder d'assimiler précarité et troubles de santé mentale, mais ils interpellent.

J'étais hier à un colloque du Conseil Régional relatif à l'insertion des jeunes. Il a bien été rappelé qu'ils souffraient aussi de problèmes de santé mentale ou de souffrance psychique et pour autant on connaît la relation entre la situation sociale et les problèmes de santé et très certainement la souffrance psychique des jeunes est aussi corrélée à l'insertion ou à leur situation.

Dans ce contexte, l'objectif de la journée est d'essayer de changer les regards sur les publics en croisant les expertises des professionnels ou des bénévoles, des acteurs de terrain du social et du secteur psychiatrique, des chercheurs et des institutions, que ce soit les collectivités locales, l'assurance maladie, les services de l'Etat, l'ARH, ils n'interviennent pas, hormis en ouverture. Mais pour autant, il va de soi que nous sommes concernés.

Nous attendons de cette journée l'expression des professionnels, l'analyse des pratiques et l'identification d'expériences innovantes, les témoignages afin d'avoir une base permettant un approfondissement des échanges entre professionnels du secteur sanitaire et social après cette journée qui est un début, absolument pas une fin.

Tous les collègues directeurs d'administrations seront très attentifs aux conclusions de la journée, s'en inspireront. Nous seront particulièrement vigilants aux propositions que formulerez. Nous sommes en effet convaincus de trois points qui orientent notre action :

- on ne peut pas dissocier une approche sanitaire d'une approche sociale tant le déterminant dans les problèmes de santé est fort, et ceci peut-être encore plus lorsqu'on aborde les questions de santé mentale et de souffrance psychique ;
- dans nos plans régionaux de santé publique que mettent en œuvre les groupements régionaux de santé publique dans nos trois régions, nous avons identifié une orientation prioritaire sur la santé mentale pour la prise en compte de la santé mentale et de la souffrance psychique des populations en situation de précarité et notamment dans les objectifs des PRAPS ;

- les opérateurs que nous finançons sur ces crédits de santé publique sont à la fois des centres hospitaliers spécialisés mais aussi des associations travaillant dans le secteur social ou des CHRS.

Nous accompagnons d'autre part, chaque fois que possible et nous en attendons le résultat, le décloisonnement dans les formations pour mettre un peu de sanitaire dans les formations sociales et vice-versa. C'est une conviction forte que nous traduisons dans notre quotidien.

Deuxième conviction forte : c'est à partir d'expérimentations généralisables ou plutôt susceptibles d'être étendues que nous progresserons dans ce domaine. Il n'y a pas de solutions toutes faites mais des expérimentations à mener et se pose la question de l'extension ou de la généralisation avec la question de l'évaluation. Expérimentation et évaluation vont de pair, et c'est ainsi que nous progressons vers la généralisation, de façon collective.

Troisième point sur lequel nous avons une conviction forte : il faut travailler ensemble : services de la collectivité, services de l'Etat et de l'assurance maladie, ARH. C'est ce que nous avons déjà commencé à faire et Monsieur Husson va l'illustrer puisque lorsque nous sommes face à ces problèmes de souffrance psychique, nous avons une approche globale sur ces problèmes de santé mentale.

Voilà les questions sur lesquelles je voulais insister, encore une fois, des travaux de la journée nous pourrons progresser sur cette prise en charge des problèmes de souffrance psychique en relation avec la précarité.

Jean-Claude HUSSON

Représentant Monsieur DUTREIL, Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de la région Provence, Alpes, Côte d'Azur

Je tiens à vous souhaiter également la bienvenue à ce colloque oh combien intéressant et fondamental comme les intervenants précédents viennent de le rappeler. Permettez-moi une petite parenthèse pour saluer les représentants venus de Corse. J'ai été quelques années directeur délégué de l'ARH de Corse et je prends beaucoup de plaisir ce matin à les saluer.

Je voudrais également vous présenter les excuses de Christian Dutreil, directeur de l'ARH Provence, Alpes, Côte d'Azur, empêché aujourd'hui, qui m'a demandé de le représenter, ce que je fais avec plaisir. Cette journée interrégionale consacrée à la santé mentale et à la précarité s'inscrit dans le contexte plus général des réformes compte-tenu de l'actualité. Je ne développerai pas ce point, mais si j'en parle c'est parce que j'aimerais faire le lien avec les orientations qui animent actuellement les débats dans le cadre des réformes et de nos propres débats, et qui réaffirment la nécessité pour tous les acteurs de coopérer de manière toujours plus étroite et je parle bien entendu du sanitaire et du social essentiellement.

Ces orientations s'inscrivent également dans la continuité. En ce qui concerne la prise en charge des besoins en santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion qui a été préfigurée depuis quelques années par les Permanences d'Accès aux Soins (PAS) intramuros dans les établissements de santé, en dehors des établissements de santé, un premier pas a été fait il y a déjà quelques années, et surtout l'accélération de la montée en charge du dispositif des équipes mobiles de précarité initiées dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins.

En région Provence, Alpes, Côte d'Azur, nous avons actuellement cinq équipes de psychiatrie précarité financées, dont quatre dans les Bouches-du-Rhône, avec l'implication de la ville de Marseille que je qualifierai de dynamique pour la nécessaire et incontournable articulation entre le sanitaire et le social, toujours le fil conducteur à ce niveau.

Cette articulation des secteurs sanitaires, sociaux, et médicosociaux constitue un enjeu essentiel depuis longtemps. Il doit le rester. Et ceci m'amène à évoquer tout naturellement la mise en place prochaine des agences régionales de santé, structures au sein desquelles vont se poursuivre toutes ces actions. A cet égard, et afin d'en mesurer toute la portée, je dirai un projet pilote tout récent sur l'expérimentation territoriale de Marseille en mode ARS, sur lequel nous allons travailler dans un calendrier contraint, une évaluation dès le mois de novembre au moins sur la méthode. Ce projet est copiloté par la ville de Marseille, l'Etat, la Caisse d'Assurance Maladie, l'ARH bien sûr, les différents acteurs. Il est à souligner dans le cadre des projets pilotes de territoire ; c'est un projet urbain qui aura pour mission de mettre en lumière les problèmes de santé mentale et psychique et la santé dans l'habitat, toute la notion de l'habitat insalubre.

Dans la logique des Agences Régionales de Santé, il nous faudra ensemble veiller à bien mettre en cohérence les établissements de soins avec les acteurs sociaux et médicosociaux.

J'aimerais faire enfin une parenthèse avec un regard particulier pour la précarité mentionnée à travers le prisme de la campagne tarifaire. Je ne donnerai pas de chiffres parce que nous n'avons pas la circulaire de 2009 et serai donc prudent. C'est la première fois que la précarité figure de façon aussi nette dans une future circulaire budgétaire.

Je conclurai en disant que tous les facteurs que je viens de rappeler et les travaux qui vont être menés tout au long de cette journée sont déterminants pour l'état de santé de la population ; ils doivent être pris en compte.

2 QU'EST-CE QUE LA PRECARITE ET EN QUOI CONCERNE-T-ELLE LA SANTE MENTALE ?

Jean FURTOS

Psychiatre et Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

L'ORSPERE est l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion, l'ONSMP est l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité, qui édite Rhizome, soutenu par la DGAS et la DGS, téléchargeable sur notre site Internet.

Je voudrais poser quelques questions dont la première est la suivante : qu'est-ce que la santé mentale au juste ? Il faudra ensuite poser la question de savoir ce qu'est la précarité puisqu'il faut que les mots aient un sens, ne deviennent pas des mots-valises. Et il faudra conclure en terme de santé mentale.

1. Qu'est-ce que la santé mentale ?

Je vais vous donner un exemple pour vous montrer en quoi elle n'est pas seulement la psychiatrie, me démarquant de ceux qui pensent que la santé mentale est la manière euphémisée de parler de psychiatrie. Dans beaucoup de pays, en effet, parler de santé mentale c'est parler d'une « bonne » psychiatrie. En réalité, la santé mentale appartient à un grand nombre d'intervenants. Je vais évoquer un article que j'ai signé sous le titre « Un psychiatre et la précarité », dans le dernier Rhizome qui s'intitule Prendre soin de la professionnalité (n°33).

J'y rappelle une journée à Lille, il y a longtemps, avec les psychiatres italiens de Trieste. Il était notamment relaté la pratique d'un mécanicien d'un pays de l'Afrique de l'Ouest qui avait reçu le prix Franco Basaglia. Cet homme avait construit un village pour les fous exclus et errants dans sa région, et il avait obtenu d'excellents résultats. Sa théorie de la pratique, son regard était : tous les hommes sont des fils de Dieu, les fous sont donc mes frères et je m'en occupe. Et au nom de cette pratique, il faisait un travail absolument prodigieux pour des malades (maltraités, même en Afrique).

J'avais indiqué aux Italiens de Trieste qu'il ne s'agissait pas de psychiatrie, et ils n'étaient pas contents. Il ne suffit pas de faire du bien aux malades mentaux, aux personnes précaires souffrant de troubles psychiques, pour être psychiatre, indépendamment du diplôme. Il faut avoir une théorie de la vie psychique ; le fait d'aider à vivre des gens vulnérables est autre chose, c'est être fils de Dieu, ou dans la solidarité républicaine, ou dans la fraternité des hommes. Si l'on donne des médicaments aux personnes qui étaient dans ce village, c'est de la médecine et pas de la psychiatrie. La psychiatrie, c'est avoir une théorie de la vie psychique pour des troubles de l'âme, et l'âme, c'est la vie psychique, l'esprit en tant que « mind » et son cortège affectif.

Dans ce type santé mentale, qui n'est donc pas réductible à la psychiatrie, il y a les aidants naturels, comme ce mécanicien qui s'appelait, je crois Isidore. Mais aussi les voisins, les familles, les anciens malades, dont certains deviennent des militants ; Isidore était devenu un militant, bien qu'ayant fondé un réseau secondaire, c'est-à-dire institué au-delà du voisinage primaire. Les réseaux secondaires sont en général avec des institutions, des gens qui sont payés, spécialisés, pour ce qu'ils font. Les élus sont en

première ligne, par exemple dans leurs permanences ou leurs visites de quartiers. La santé mentale se situe dans ce champ où se trouvent des malades mentaux, et d'autres qui ne le sont pas, (au sens scientifique du terme), dans l'état actuel de la science, mais qui souffrent dans leur chair, dans leur être, dans leur entité psychosomatique et sociale, et qui ne sont pas pour autant schizophrènes ou déprimés. Le découragement, par exemple, n'est pas une maladie psychiatrique, tout comme le désespoir, même s'il peut conduire au suicide.

J'ai lu dans le journal de ce matin « qu'un Marseillais sur trois souffre de troubles mentaux » : c'est une démonstration vulgarisée à partir de certains travaux de l'OMS, notamment ceux de l'équipe de Roelandt. Ils ont montré que, suivant les pays, 30 à 45% des gens avaient des symptômes psychiatriques. Mais, contrairement aux postes de télévision, l'être humain fonctionne en se détraquant, et on n'a pas le droit de dire que quelqu'un est malade quand il se détraque. Quand le détraquement empêche de vivre, cela peut devenir une maladie, mais ce serait plutôt ceux qui ne sont jamais détraqués du tout, les normopathes, qui ont de gros problèmes, eux qui ne souffrent jamais, qui s'empêchent de souffrir, des gens pas possible, des « autistes sociaux » par exemple. Il est important de ne pas se laisser désinformer et que la corporation des psys fasse jouer le fait que la santé mentale, importante au niveau de l'OMS, inclue les maladies mentales sans se réduire à leur champ.

2. Qu'est-ce que la précarité ?

Je ne parlerai pas de la précarité ordinaire de l'être humain qui a besoin des autres pour vivre, et c'est dans ce besoin des autres qu'il acquiert une triple confiance : confiance en soi (le narcissisme), confiance en l'autre (le lien social), confiance en l'avenir (l'envie d'aller dans le désir de vivre avec les autres, que notre vie transcende dans le transgénérationnel), dans le grand temps.

Mais on observe actuellement une mauvaise précarité qui n'est pas la pauvreté ; il y a des cultures pauvres qui ne sont pas précaires, et des gens riches qui sont précaires ; c'est la transformation de cette bonne précarité en précarité perverse qui, au lieu de donner cette triple confiance, donne une triple méfiance : méfiance en soi-même (troubles du narcissisme, isolement, rupture du lien social que certains ont appelé une mélancolie sociale mais c'est une mélancolie du lien social, pas du type maniacodépressif, même si elle peut lui ressembler), méfiance en l'autre, paranoïa collective. Les deux troubles les plus importants de la précarité perverse contextualisée dans le monde que nous connaissons, sont l'isolement, et la paranoïa, avec le vécu de ne plus appartenir à la commune humanité ! En plus, la perte de la vision d'un grand temps qui appelle à vivre au-delà de l'urgence et de sa petite personne est traumatique.

Le risque de l'exclusion est un processus. On ne peut pas présenter « un exclu » : quelqu'un qui n'est plus dans notre société, et il est où ? L'exclusion est un processus centrifuge d'aller aux marges. La précarité est une situation qualifiée par l'incertitude en autrui, en soi, dans l'avenir. La pauvreté est la situation d'avoir peu. Il ne faut absolument pas mélanger. La précarité est « simplement » une incertitude, non pas seulement pour demain, mais pour d'aujourd'hui ; dans ses formes malignes, elle ouvre sur le processus d'exclusion.

Ce qui donne ce que l'on peut appeler la clinique psychosociale, incluant des malades mentaux, des non-malades mentaux, et qui se caractérise par trois signes :

- la souffrance apparaît sur les lieux du social, et pas uniquement chez les généralistes, les psys, les confesseurs,

- le malaise des intervenants fait partie de la clinique psychosociale : une souffrance portée se transmet à eux.
- une indétermination par rapport aux livres que l'on a appris dans la formation initiale : on ne sait plus ce qui est psy, et ce qui est social, pendant un temps.

En ce qui me concerne, je suis stimulé, je fais des études sur la précarité et je vais très bien, même si je suis malheureux de voir ce qui se passe ; je suis absolument stimulé par le fait d'être au centre de l'œil du cyclone qui est un mouvement mondial de précarisation généralisée. La pauvreté était le stigmate du premier capitalisme, la précarité est le stigmate du capitalisme actuel qui se répand comme une traînée de poudre dans les pays environnants et même au-delà. Savoir le diagnostic aide à se situer et à amener une contribution.

J'ai décrit le syndrome d'auto-exclusion (le paroxysme de la clinique psychosociale) à partir de 1999, avec des centaines de situations qui m'ont été présentées par des travailleurs sociaux, des psys, organisant des symptômes qui font sens. Le syndrome d'auto-exclusion débute par un découragement, se termine par un désespoir. Je ne vais pas citer d'exemples mais je vous conseille vivement de lire dans « Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologies et dispositifs », un ouvrage édité par les Editions Masson (juin 2008), particulièrement le chapitre 11 sur l'auto-exclusion : vous y trouverez des exemples cliniques. Ils montrent que le découragement est une entité qu'il est important de ne pas confondre avec la dépression, sous peine d'erreurs énormes.

Le désespoir donne, surtout s'il est absolu, une sorte de clivage de l'individu qui va congeler une partie de lui-même, sa souffrance, pour ne pas sentir qu'il est exclu, pour ne pas penser qu'il est dans un processus d'exclusion.

- Avec un premier ternaire :
 1. congélation d'une partie de soi-même, anesthésie d'une partie du corps, qui n'est ni de l'hystérie, ni de la carence neurologique et qui disparaît comme elle vient (dans les bons cas),
 2. émoussement des émotions, qui peut se transformer en type maniaque (une hyper agitation),
 3. une inhibition de la pensée, qui n'est pas un trouble de la pensée.
- Ce ternaire s'accompagne de ruptures activement entretenues du lien social, ce qu'on n'observe pas avec les maladies mentales à proprement parler, et même du lien thérapeutique. J'avais décrit au départ le premier signe du syndrome d'auto-exclusion : plus on vous aide, plus ça va mal (réaction thérapeutique négative).
- Deux autres signes vont avec la rupture du lien social :
 1. l'errance, qui consiste à rompre le lien avec les personnes avec lesquelles on est en lien, à les garder en mémoire, à distance dans une sorte de figure qui devient un mode d'être,
 2. l'incurie à domicile, c'est-à-dire une négligence grave à domicile avec accumulation des objets de type poubelle ou de type obsessionnel, qui fait qu'on ne peut plus vivre chez soi, avec d'autres.
- Avec des signes paradoxaux :
 1. le fait que plus ça va bien, plus ça va mal,
 2. le fait que plus vous allez mal, moins vous pouvez demander, plus on vous propose de l'aide, plus vous récelez l'aide. Dans ces conditions, « on ne peut attendre la demande », ou alors il faut inclure celle qui est portée par un tiers ou par l'intervenant lui-même, sans emprise mais sans abandon.

La bonne précarité c'est quand vous pouvez demander de l'aide. La mauvaise précarité c'est lorsque non seulement vous ne pouvez pas demander de l'aide, mais lorsque vous récusez celle qui vous est proposée.

L'inversion sémiologique, autre signe paradoxal, est bien connue : vous allez parler de votre vie intime à votre travailleur social qui vous envoie au psy auquel vous dites que vous n'avez pas de logement, pas de travail. Il n'y a pas de manipulation, c'est une inversion sémiologique paradoxale qui a du sens.

Le total est un clivage, une congélation du moi, avec des moments de décongélation brutale soit par alcoolisation soit par confiance qui revient d'un coup, qui entraînent parfois des troubles du comportement, des violences. La réapparition du sujet, dans sa forme la plus banale, réside cependant dans le malaise de l'intervenant. Quand nous sommes mal à l'aise face à quelqu'un, c'est que nous portons la souffrance qu'il ne peut pas s'approprier.

-Et la mort. Quand on ne peut pas demander de l'aide, qu'on ne sent pas son corps, et qu'on produit des ruptures de lien, on meurt comme dans les pays les plus pauvres du monde, assez jeunes.

Il faut savoir faire le diagnostic différentiel du syndrome d'auto exclusion avec les signes déficitaires de la schizophrénie qui lui ressemble souvent comme un frère ; le diagnostic différentiel, également, avec la dépression et certaines formes de psychose bipolaire.

3. Conclusion

Ne croyons pas que la santé mentale est seulement d'être en situation de bien-être. Je vais le prendre du point de vue des intervenants. Aujourd'hui, nous avons trois manières de réagir devant une situation précaire, parce que nous aussi sommes précaires : bien réagir, mal réagir, très mal réagir (syndrome d'auto-exclusion). Tout ce qui a été décrit ces quinze dernières années sur ceux qui étaient à la marge, les bénéficiaires du RMI, les chômeurs de longue durée, les jeunes ne se retrouvant pas dans la société dans laquelle ils vivent et ayant de gros problèmes, les étrangers en difficulté, les malades mentaux en situation de rupture de soins et d'exclusion, se décrit maintenant pour les cadres supérieurs, les banquiers, les institutions psychiatriques, les autres institutions de la République.

Quand on travaille pour la marge, on travaille pour le centre, mais pendant longtemps le centre ne veut rien en savoir. Et c'est pourquoi le racisme est très mauvais à la santé : quand on dit « ceux-là ne nous appartiennent pas, ils ne sont pas nous », c'est que cette partie de nous que nous reconnaissons mal en l'autre n'existe plus, et nous nous appauvrissons.

Le bien-être n'est pas une très bonne chose à tenir d'un point de vue de la théorie de la pratique. C'est malheureusement la définition de la santé mentale de l'OMS qui était bonne en 1946, à la sortie de la guerre. Etre bien, ce n'est pas l'absence d'une maladie, ce qui est toujours vrai, mais le bien-être complet – c'était vrai à la fin de la guerre, de la Shoa, quand il y avait des dizaines de millions de morts – c'était l'utopie. Aujourd'hui nous sommes en pleine guerre économique et dire qu'aller bien est le bien-être est de l'ordre du déni, de l'innocence, d'une non-pertinence de la théorie.

Le bien-être, si on le propose à nos usagers, à nos patients seulement, ou pour nous, ce sont des gens qui font correctement leur travail, prennent des vacances, s'occupent de leur famille, se déstressent un maximum ... peuvent aussi entrer dans un syndrome d'auto-exclusion. Nous connaissons tous des gens qui se blindent pour ne plus souffrir.

J'ai rencontré un jour un cadre supérieur de santé qui allait très mal puis très bien : il avait décidé de ne plus investir son travail, une solution pour survivre.

Il convient, me semble t-il d'accepter le malaise d'un monde qui se transforme à vive allure, qui nous préoccupe énormément. A partir de ce malaise, faire de la résistance, de la révolte qui est la capacité de dire non à ce qui déshumanise l'homme, est préférable à destructivité... Il est important d'utiliser le malaise qui nous a amenés à une journée comme aujourd'hui pour dire non, pour créer des réponses.

L'ORSPERE-ONSMP va organiser un congrès mondial sur le paradigme psychosocial et les différentes manières dont les pays, notamment ceux du Nord et ceux du Sud, déclinent le paradigme social pour vivre dans la société mondialisée. Nous nous attellerons aux flux migratoires qui ont toujours existé, qui vont augmenter avec les modifications de l'écosystème. Les problèmes que nous commençons à entrevoir sur la paranoïa collective, les malades mentaux dangereux, les étrangers dangereux, les jeunes des banlieues dangereux vont faire partie des réalités auxquelles nous devons nous coltiner en termes de santé mentale mondiale, à décliner dans chaque région du monde. C'est un paradigme au sujet duquel nous devons essayer de tempérer la mélancolie et la paranoïa collective. Je vous remercie.

3 LA PEDOPSYCHIATRIE DES L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL : UN AXE DE PREVENTION

Guillaume BRONSARD

Pédopsychiatre, Directeur de la Maison Départementale des Adolescents, Conseil Général des Bouches-du-Rhône

Je suis pédopsychiatre, dans une position presque d'intrus parce que j'appartiens strictement au champ du social. Beaucoup de rencontres entre la psychiatrie et le social se font, la première vers le second et inversement. Mais c'est assez particulier ; je dirige deux services : la Maison des Adolescents mais aussi un centre médico-psycho-pédagogique sous tutelle du Conseil Général ; et ces deux services qui s'adressent aux enfants et aux adolescents font partie du Conseil Général, ce qui est plutôt rare. A-t-on constitué une nouvelle sous-catégorie de la psychiatrie un peu hybride qui serait de la pédopsychiatrie sociale et préventive ? Bien sûr, la pédopsychiatrie s'intéresse au social, à la prévention, mais sommes-nous dans une position un peu spéciale où il faudrait d'emblée des services qui appartiennent au Conseil Général plutôt que de s'articuler avec l'extérieur quand c'est trop difficile ?

Les enfants et les adolescents dans l'accompagnement social, le socioéducatif représentent-ils une population particulièrement vulnérable, exposée, porteuse de troubles psychiques ou mentaux par rapport aux autres ? A l'évidence oui, mais ce n'est pas aussi clair. Pour qu'un adolescent soit dans le champ du social, il faut qu'il y ait suffisamment de dysfonctionnements familiaux, de troubles pour qu'il soit vu, perçu dans les endroits où il est exposé à la société c'est-à-dire autour de chez lui, à l'école, etc. Pour qu'un enfant appartienne à la protection de l'enfance, il faut qu'il y ait eu suffisamment d'éléments visibles, sonores, spectaculaires pour aller vers lui et s'en occuper.

La raison principale pour laquelle il sera dans la protection de l'enfance est l'un des rares facteurs dont on sait qu'il est très puissant dans la création des troubles et du développement des troubles psychiques : le dysfonctionnement familial sévère et durable. Ces enfants qui sont dans la précarité, que l'on retrouve dans l'accompagnement social, la protection de l'enfance, cumulent beaucoup de facteurs périnataux avec des grossesses mal suivies, de grands isolements avec des difficultés d'attachement précoce. Il est certain que l'on s'occupe d'eux, d'autant plus que la famille n'y arrive pas. Et ce dont on est certains, c'est que la qualité de la stabilité, de la sécurisation familiale est l'un des facteurs centraux, principaux au développement psychique et inversement au développement éventuel des troubles, lorsqu'il se passe mal.

A l'adolescence c'est encore plus compliqué : une bonne partie des enfants et des adolescents ne sont repérés qu'alors et plutôt par des troubles du comportement qui les mettent en situation désagréable, du côté de l'agitation, de la perturbation, que ce soit à l'école ou dans la rue. La position est assez ambiguë : on veut s'occuper de personnes qui nous mettent dans des positions désagréables. Un adolescent qui s'agite, qui pose des problèmes, pose des problèmes surtout par la peur qu'il fait ; elle n'est pas usurpée, fantasmée. Un adolescent qu'on n'arrive pas à maîtriser, contrôler, fait peur.

L'une des réponses classiques du social, lorsqu'il est en difficulté avec un adolescent, est d'invoquer la psychiatrie. Une fois qu'il est en difficulté et que nous sommes en tant que professionnels en difficulté avec lui dans le champ du socioéducatif, on évoque la psychiatrie et on entre dans un quiproquo très désagréable, difficile, où chacun peut en

permanence se renvoyer la balle en considérant que des difficultés sociales, éducatives prédominent. Nous sommes souvent dans des recherches de collaborations, dans une situation très désarçonnante.

Nous nous occupons d'adolescents dits difficiles. L'une des définitions très simple est la suivante : des adolescents relèvent du socioéducatif, de la protection sociale, souvent de la justice, de la psychiatrie et chacun des trois champs considère qu'ils relèvent des deux autres. Mais le problème, c'est que c'est vrai ; ce qui va organiser un quiproquo complexe : ils ont raison, sauf qu'il va falloir se mettre d'accord pour articuler, se répartir les tâches.

Nous avons travaillé proches des foyers, dans une position assez paradoxale où les éducateurs disaient que les adolescents avaient vraiment de plus en plus de troubles. Nos collègues psychiatres disaient qu'il y avait surtout beaucoup de carence éducative. Nous avons voulu faire une démarche très médicalisée, de docteurs, faire de l'épidémiologie, essayer des diagnostics. Nous avons entrepris une étude de prévalence des troubles mentaux entendus dans les définitions consensuelles, internationales. Les résultats sont entre les deux : le socioéducatif pensait qu'ils étaient tous porteurs de troubles mentaux (95 à 100%) et la psychiatrie pensait que la plupart n'avaient pas de troubles, mais des difficultés sociales. Nous avons mis tout le monde d'accord : nous étions à 50%.

Premier constat : il est prouvé, dans le sens statistique du terme et sur leur histoire, que les enfants et les adolescents dans la protection de l'enfance, dans le champ du socioéducatif, sont porteurs de plus de troubles psychiques que le reste de la population. Ce chiffre de 50% vous choque peut-être, mais si vous reprenez l'histoire de chacun, on s'attendait à plus.

L'un des gros problèmes, dans notre fantasme, dans notre imaginaire, l'une des sources tout à fait forte qui implique les grandes difficultés de collaboration, c'est que personne n'a envie de prendre des risques pour son propre corps. A partir du moment où l'on a peur qu'un adolescent s'agite, il est normal de chercher que c'est à quelqu'un d'autre de le faire ; c'est banal, humain d'avoir peur. Chez les petits enfants, le problème ne se pose pas. On sait à quel point existe un point fort entre ce qu'il se passe dans la toute petite enfance, le dépistage précoce avec tous les risques éthiques. Mais il est dommage d'être à l'aise devant de petits enfants, des nourrissons, puis, lorsqu'ils ont 10/15 ans, cinquante kilos de plus et quelque force, d'avoir des difficultés. La violence est une source principale à réguler entre nous. Tant que chacun aura peur de l'adolescent qui s'agite, il aura toujours d'excellentes raisons, construites, valables, de dire que c'est à l'autre de s'en occuper.

Deuxième constat : le fait d'être accompagné socialement, suivi par des professionnels du socioéducatif facilite-t-il l'accès aux soins ? On pourrait attendre qu'il favorise l'accès aux soins.

Le dépistage et l'idée du besoin de psychiatrie : on invoque la psychiatrie lorsqu'en particulier on est en grande difficulté et en général quand on a peur de façon adaptée. L'un des premiers problèmes de ces enfants, qui ont un évident déficit d'accès aux soins psychiques, des troubles moins suivis sur le plan psychique et en soins psychiatriques, est qu'il y a un grand camouflage des troubles ; ils sont difficiles à dépister. Les symptômes de dépistage que sont les échecs d'apprentissage, les difficultés d'adaptation sociale, les troubles du langage, les troubles du comportement sont dilués, camouflés. Ils ont tellement de raisons d'avoir des difficultés à l'école, dans leur vie, dans leur situation, qu'il n'est pas toujours évident de penser qu'il faut aller chercher du côté du soin pour essayer de différencier ces différents aspects.

Il y a une dilution importante de ces signes parfois précoces au milieu des autres systèmes de causalité. Souvent on confond une cause et un fait. On peut dire qu'un enfant n'est pas vraiment en échec scolaire parce que ses parents ne l'aident pas, etc. On glisse vers la cause plutôt que l'analyse du symptôme. Une dilution comme s'il était normal d'aller mal et dans cette situation, au regard de l'ambiance dans laquelle il vit, il n'est pas étonnant qu'il aille mal.

Le deuxième point qui ne facilite pas l'accès aux soins est que la pédopsychiatrie classique, ordinaire, est organisée avec une implication des parents assez importante pour amener les enfants et pas seulement physiquement mais psychiquement, pour les pousser, pour analyser avec eux ce qu'il s'est passé. De fait, quand on est dans le champ de la protection de l'enfance avec un dysfonctionnement familial important, un présumé à venir dans ce champ, l'articulation pédopsychiatre/parents est beaucoup plus difficile et les suivis s'organisent moins, l'absentéisme est important, etc. Les travailleurs sociaux pourraient être un bon soutien. Mais ce n'est pas pareil d'être accompagné par un travailleur social ou par sa mère. La pédopsychiatrie dans sa configuration ordinaire n'est pas très bien adaptée.

Faut-il penser des dispositifs précoces qui s'approchent au plus près du champ du social, avec beaucoup d'enfants et d'adolescents ? Beaucoup de travailleurs sociaux demandent plus de proximité, etc. Mais il y a deux risques majeurs autour de ce rapprochement : la psychiatrisation permanente du social, transformer la désespérance en dépression, des conduites indociles, des difficultés scolaires en dyspraxie, dyslexie, etc. Il y a une limite qui existe dans toute la pédopsychiatrie, c'est son histoire : une psychiatrisation, une médicalisation d'évènements qui relevaient du champ de la pédagogie et du social. Il y a donc ce risque auquel il faut prêter garde, autant avec que pour tout le reste de la pédopsychiatrie.

Le deuxième gros problème est la stigmatisation : si l'on faisait des dispositifs spécifiques, de la pédopsychiatrie spéciale pour cette population, il y aurait un risque de stigmatisation. On créerait une sous-catégorie de la psychiatrie, une pédopsychiatrie spéciale pour les pauvres.

Ces problèmes sont éthiques. Il n'est pas question que je les résolve aujourd'hui avec vous. Mais les deux constats sont vrais : il y a plus de troubles dans ce milieu, ils sont moins soignés. Ce problème est incontournable et vous êtes obligés de considérer avec moi qu'il faut le transformer. On peut développer du côté de la recherche, de la formation. Faut-il des dispositifs spécifiques ? Va-t-on développer un authentique pôle de pédopsychiatrie sociale et préventive ? Faut-il le faire ou pas ? Je vous laisse répondre.

Jean-Paul COURCELLES

Psychiatre à Toulon, Responsable de l'interface Siloë

Siloë est une interface qui s'occupe des exclus, c'est un partenariat entre l'hôpital général et une association (Promo-Soins) qui s'occupe également du SAMU social.

Nous sommes confrontés à ce que le docteur Furtos a rappelé : les définitions. Mes deux collègues ont rappelé l'ambiguïté et la difficulté de la position du psychiatre face à l'évolution de la société, à cette précarité qui se mondialise.

Nous sommes tout à fait d'accord par rapport au plus de l'aide et ce que l'on a appelé le « malentendu de l'aide sociale ». Des gens viennent demander apparemment (de l'argent, une couverture, des vivres) ; mais la demande n'est pas là, elle est plus profonde, dans une reconstruction d'un lien social perdu progressivement, ils vont échapper au système.

Le discours ambiant d'autre part est très confus entre ce que doit faire le psychiatre, la santé mentale, la souffrance psychique... jusqu'à nous demander d'être présents le jour d'une expulsion dans le risque que la personne âgée, précaire décompense. Et ce n'est évidemment pas le travail du psychiatre. C'est parfois difficile de le faire entendre aux associations qui s'occupent des gens dans la rue, qui fonctionnent sur le bénévolat, sur la question de l'aide et aux pouvoirs publics qui, devant une augmentation des troubles du comportement liés à la précarisation, proposent aux psychiatres d'exercer l'ordre d'une certaine façon.

Philippe MICHEL

Direction régionale de la Solidarité et de la Santé de Corse

Je ne prends pas le parti du normopathe. Mais des résultats de sondages où l'on interroge la population française sur son comportement font ressortir certains éléments :

- s'ils sont heureux : la majorité répond oui,
- leur comportement : ils se projettent dans l'avenir avec une natalité qui, sans être débridée, est tout à fait honorable,
- leur solidarité dans la société actuelle : ils partagent la moitié de leurs revenus annuels à travers des systèmes de solidarité qui passent par la Sécurité Sociale, les impôts, etc.

On sent une crainte qui s'installe, une lumière qui faiblit, qui ressort des sondages, qui fait qu'un jour, demain, après-demain, l'année prochaine, l'un des membres de la famille va connaître la pauvreté ou une extrême précarité. Quand on interroge les gens, ils se disent heureux mais aussi se projettent dans l'avenir lorsqu'ils font des bébés.

Quel est votre sentiment docteur Furtos en ce sens ?

Je ne suis pas un prophète de malheur, je ne connais pas l'avenir, on ne travaille que sur le présent et le passé. Je n'ai jamais vu de prédictions qui se réalisent, sauf si elles sont perverses. Ceci étant dit, on peut être à la fois préoccupé par l'avenir et se battre avec conviction, et il n'est pas interdit d'avoir une vision de l'avenir.

Il est à noter un changement des mentalités puisqu'en septembre 2007, d'après un sondage demandé par Emaüs, 47% des Français interrogés disaient avoir peur de devenir SDF ; ils étaient il y a peu 60%, fin 2008. Au début, je me disais que c'était le fantasme de perte des objets sociaux (l'argent, le statut, le logement, le travail), la grande peur de la précarité actuelle, qui n'est pas la pauvreté. Mais quand je suis allé en Amérique du Sud pour y travailler, je me suis aperçu qu'à plusieurs reprises dans leur histoire récente, les gens ont tout perdu, ils se sont retrouvés du jour au lendemain, la dernière fois en 2002, dans des situations de précarité aigüe. J'ai vu une avocate de droit international qui avait brûlé tous ses livres pour chauffer l'appartement pour ses enfants. Je me suis dit que ce n'était peut-être pas un fantasme, mais notre pensée qui juge ce qui est en principe possible dans une société où l'incertitude absolue règne, avec des chefs dans la parole desquels on ne peut plus croire, chefs en principe porteurs de l'idéal collectif comme Freud nous l'a appris.

Il y a une conflictualité majeure. Si Freud était là, je ne pense pas qu'il parlerait de sexualité à notre époque, mais de la conflictualité entre le système des droits de l'homme (qui dit que chaque homme est digne par le fait qu'il est vivant) et la logique du capitalisme actuel qui se moque complètement des droits de l'homme puisqu'il travaille sur des flux de matières, de produits, d'argent, d'humains. Nous ne savons pas régler cette vraie conflictualité et les gens ont tendance à penser que ces flux immatériels vont augmenter, et les emporter comme des fétus de paille, et qu'ils vont donc perdre leur maison (mais non nécessairement leur raison).

Les chefs de famille, tous les petits, moyens et grands chefs ne doivent pas se laisser abuser. J'imagine un adolescent, un enfant qui a des parents dans la position décadentiste, sans futur, qui vont lui expliquer par des comportements implicites qu'il est venu dans un monde sans avenir, même si on continue d'en produire. J'imagine la réaction de l'enfant d'apprendre qu'il est venu dans un monde que ses parents pensent sans avenir.

Notre rôle en tant que professionnels est de faire un énorme travail intellectuel sur l'histoire, la clinique, chacun à sa place. La politique actuellement se fait beaucoup sur le terrain. J'ai un ami sociologue, Bertrand Ravon, qui dit que ceux qui font de la politique aujourd'hui sont ceux qui travaillent dans le champ de la clinique psychosociale, parce qu'ils voient les effets des grandes politiques sur les petits individus, et il faut le faire remonter ; parfois dans les congrès, les politiques partent très vite, c'est dommage.

Quand j'étais en Amérique du Sud, j'ai vu des ministres qui venaient dans une société de psychanalyse à une conférence de Jean Furtos qu'ils ne connaissaient en rien, parce que le sujet les intéressait. Tout ce que nous disons ici est connu par les politiques de proximité : les adjoints au maire, les gens dans les services déconcentrés de l'Etat qui travaillent avec les professionnels, etc. Les grands décideurs sont complètement coupés du terrain. Ils ont une vision politique coupée du conflit constitutif, des droits de l'homme concrets et des flux qui nous traversent. En tant que psychiatre, mon rôle est de voir les effets psychiques, ce qu'il faut pour tenir debout, comment les reconnaître, comment faire remonter certains éléments si possible.

Guillaume BRONSARD

Pédopsychiatre, Directeur de la Maison Départementale des Adolescents

Chez les enfants et les adolescents il y a peut-être quelques différences sur la dégradation de leur état psychique : vont-ils vraiment beaucoup plus mal qu'auparavant ? Ce n'est pas certain. Et par rapport aux changements que je vis sur le terrain, ce n'était pas le cas il y a dix ans, encore moins il y a vingt ans, on note de vraies modifications institutionnelles, d'ouverture, des changements de clivages avec des rapprochements qui ne pouvaient pas exister avant.

Nous nous occupons beaucoup de santé et de précarité mentale avec les adultes, avec peu de liens enfants/adultes. Il y a très peu de liens entre les professionnels de l'enfance, de la pédopsychiatrie en particulier et le reste, bien qu'avec l'adolescence nous puissions nous rencontrer. Il y a des modifications institutionnelles en effet, mais c'est le terrain qui les fait remonter. J'insiste : je me sens décalé mais on peut faire des rapprochements avec les systèmes de santé, sociaux. Il me semble que nous pourrions, au moins pour les enfants et les adolescents, mener des actions différentes d'avant. Mais vous avez commencé plus tôt chez les adultes et vous pouvez nous guider.

Jean NAUDIN

Chef de service psychiatrie au CHU de la Timone - Marseille

Nous risquons aujourd'hui de vivre dans la confusion et je suis troublé par le discours de Monsieur Bronsard. Je ne comprends pas ce qu'il a voulu dire et c'est pour moi un problème qu'en tant que psychiatres nous posons régulièrement, non seulement à nos collègues mais à ceux avec lesquels nous travaillons. Je voudrais revenir à plus de clarté.

Il est important de faire de la protection au sens plus général et j'aimerais que nous luttons contre notre propre confusion intérieure. Quand on parle de cloisonnement, de terrain, il faut s'interroger sur ce qu'est le terrain. Je ne peux pas dire qu'on ne sait pas où se situe la place du psychiatre. Sa seule place est de partout en tant que citoyen, avant d'être psychiatres nous sommes des citoyens. C'est à partir de cette position que nous devons comprendre ce que signifie le terrain et c'est pourquoi il est commun aux psychiatres, au social, c'est d'abord un terrain citoyen. Et la précarité en ce sens nous concerne tous. Partir pour comprendre le décroisement de ce que doit être la pensée d'un psychiatre, d'un pédopsychiatre, de progrès faits pour qu'ils parlent ensemble est faux, ce n'est pas le fond du problème.

Guillaume BRONSARD

Pédopsychiatre, Directeur de la Maison Départementale des Adolescents

Sur la confusion interne : je suis stable, nous avons pu travailler sur des questions particulières et tout a plutôt bien fonctionné. C'est la pédopsychiatrie qui fait cette ouverture vers l'adulte et le social, même s'il y a eu, au tout début, beaucoup d'ouvertures en ce sens.

Je redis les deux constats que je fais : j'ai plus de difficultés à travailler en tant que pédopsychiatre avec les milieux sociaux, les milieux de la protection de l'enfance qu'avec ceux qui ne le sont pas. Alors qu'il y a plus de besoins et de demandes.

Après, je suis mal à l'aise et ce n'est pas de ma confusion interne mais interinstitutionnelle : il est compliqué pour nous de travailler autour des adolescents, avec l'hôpital, les foyers. Il est très important que nous fassions ce changement. Peut-être que chez les adultes, il y a vingt ou quarante ans que vous y pensez, ce n'est pas notre cas. Il y a peu de professionnels de l'enfance ici, alors que nous savons à quel point il y aura chez les enfants que je vois, des gens qui vont se retrouver chez vous.

C'est un constat de faiblesse de liens entre la pédopsychiatrie, les milieux de protection de l'enfance et l'adulte. Je me sens stable dans mes idées et veux rester sur cette position positive qui change, va mieux, malgré toutes les difficultés rencontrées.

Jean FURTOS

Psychiatre et directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

Les querelles de psychiatres sont toujours bonnes à prendre, elles prouvent qu'ils sont vivants et peuvent argumenter. Il y a 13.000 psychiatres en France actuellement, en 2015 il y en aura 7.000. Il faut que nous sachions que beaucoup de ce qui leur était demandé devra être transmis, nous devons faire des transferts de compréhension et de pratiques parce que lorsque nous serons 5.000 de moins nous n'aurons pas les mêmes actions et ce sera certainement plus dans les institutions que dans le libéral que la diminution s'observera.

Les réunions comme aujourd'hui visent, entre autre, à échanger entre nous, voir ce bien commun, ce malheur commun qui nous rassemble (la souffrance psychique d'origine sociale), comment nous pouvons la comprendre, comment il y aura nécessairement des passations de rôles. Comment ce qui était fait par nous les psychiatres sera peut-être fait par d'autres psys (les psychologues, les infirmiers psychiatriques) mais aussi par des travailleurs sociaux, des voisins.

Dans le livre auquel j'ai fait allusion, il y a un chapitre d'Olivier Douville sur les adolescents à Bamako et en France, hallucinant, qui nous apprend beaucoup sur la périnatalité par exemple. Nous sommes à un moment où ne devons pas nous concentrer sur des zones de la vie mais sur la trajectoire de la vie dans la trajectoire sociale.

5 LES LOGIQUES D'EXCLUSION DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET LES RAPPORTS AMBIVALENTS DES STRUCTURES DE SOINS ENVERS LES PERSONNES PRECAIRES

Thémis APOSTOLIDIS

Professeur en psychologie sociale de la santé, Université d'Aix en Provence

Je remercie la DRASS de m'avoir invité pour partager un certain nombre de réflexions qui sont les miennes par rapport à la question posée aujourd'hui. Mon titre a changé au regard d'un malentendu. Je n'ai pas travaillé beaucoup sur l'accueil par les structures des populations précarisées. Par contre j'ai mené un certain nombre de recherches sur les populations précarisées, et c'est à partir de ce champ d'expertise que la DRASS m'a sollicité pour partager avec vous un certain nombre de réflexions qui visent le cadrage.

Je suis d'accord sur le fait que nous avons un problème de définition et il m'a été demandé de revenir à un certain nombre d'entre elles. En effet, depuis une dizaine d'années dans le champ de la politique socio-sanitaire, un certain nombre de concepts paraît bien établi : la souffrance psychosociale par exemple, qui ne sont pas toujours bien définis, souvent sujets à représentation.

Définition/représentation, c'est autour de ces questions que je travaille puisque je ne suis pas praticien mais chercheur. Je pratique néanmoins en accompagnant souvent des équipes qui travaillent dans le champ de la précarité dans l'analyse des pratiques professionnelles. C'est à partir de cette double expérience recherche/accompagnement des pratiques professionnelles que je vais poser des réflexions. Elles visent à susciter chez les professionnels une posture réflexive, la capacité d'être dans l'action mais aussi la distance permettant ainsi d'interroger les fondements et les effets de ses pratiques.

Cette question me paraît importante. Il est facile de parler d'exclusion sociale, mais de quoi parle-t-on alors ? Y a-t-il une seule forme d'exclusion sociale ? De quoi parle-t-on quand on parle de souffrance psychique, psychosociale ? La souffrance psychique est-elle dispositionnelle, interne, en individu clos ? Dans une perspective psychosociale qui est la mienne, est-elle révélatrice davantage d'un rapport à autrui ? Ces questions nous amènent inévitablement à observer les phénomènes qui nous préoccupent et à poser des questions les concernant un peu différemment.

Je suis d'accord avec le docteur Furtos sur le fait qu'il y a beaucoup de confusion lorsqu'on parle de la précarité. Pourtant de nombreux travaux sont menés par des sociologues, des psychologues sociaux ; des psychiatres ont beaucoup travaillé sur la précarité, des dizaines de rapports ont été faits. Quand on parle de précarité, la confusion se fait souvent avec la pauvreté, elles ne sont pas similaires. La précarité renvoie à une place sociale particulière, que des sociologues comme Serge Paugam ont mise en relation avec l'évolution récente des sociétés contemporaines, notamment avec la déstructuration de nos sociétés dans le rapport au travail depuis les années 70. Je vous invite à lire ses travaux qui s'intitulent *Les salariés de la précarité*.

Il nous permet de penser que cette place sociale particulière ne peut pas être définie, résumée à partir d'un certain nombre de critères d'ordre économiques : précaire n'est pas celui qui n'a pas d'argent. D'ailleurs, juste pour voir comment ces réflexions ont pu aboutir à des formalisations, le score EPICES est proposé par la Caisse d'Assurance Maladie et le centre d'examens de santé : il pose onze questions pour définir la précarité, dont aucune ne concerne les revenus. On demande par contre si les jeunes ou moins jeunes ont eu à rencontrer un assistant du service social au cours des douze derniers mois. Et cette question est beaucoup plus discriminante pour définir le statut précaire que celle des revenus.

Lorsqu'on parle de précarité, d'une place sociale et j'ai pu écrire sur le sujet pour donner mon point de vue en tant que psychologue social, les caractéristiques qui me paraissent importantes sont l'instabilité et l'incertitude. Ces questions sont au cœur de celles que pose le recours aux soins, aux situations professionnelles d'un univers médicosocial des populations précaires.

Je voudrais donner un exemple pour préciser les défis qui sont les nôtres lorsque nous travaillons dans le champ de la précarité. J'ai eu l'occasion de réaliser plusieurs études, notamment dans le cadre des PRS lorsque je suis arrivé à Marseille en 1998 auprès des populations précaires dans la perception des systèmes de soins et notamment de l'hôpital. Nous avons pu découvrir une représentation concernant la crainte d'attraper le sida en allant à l'hôpital, dans des situations de soins, chez le dentiste, etc.

Du point de vue d'un observateur extérieur comme vous et moi, il est facile de dire que ces gens se trompent. Par contre, quand on analyse les discours, les narrations, c'est possible et potentiel : je vais à l'hôpital, quelqu'un s'est trompé, il a piqué un malade qui avait le sida, il va me piquer avec la même seringue. Elles nous ont permis de comprendre que face à l'univers des soins, aux professionnels de soins, ces personnes vivant dans l'univers de la précarité exprimaient une sorte de méfiance liée à leur place sociale.

Je me rappelle une anecdote : dans des entretiens, une jeune femme nous dit qu'elle va dans les dispensaires de Médecins du Monde, elle est très bien accueillie, c'est très sympathique, agréable et elle ajoute : *Ils nous auscultent comme des médecins*. Cette pensée métaphorique est très importante et j'essaie de savoir ce que cela signifie en termes de rapports interpersonnels, sociaux, symboliques qui lient ces populations aux institutions de soins. Et notamment le non-partage par certaines parties des populations, celles qui sont dans le centre de la précarité, des normes sociales si bien établies entre vous et moi.

Je n'ai jamais demandé à un dentiste de stériliser devant moi ses ustensiles. Et ce non-partage des normes est révélateur de la désaffiliation sociale décrite par Castel depuis vingt ans pour évoquer l'univers de la précarité et l'enjeu des sciences humaines et sociales : comprendre que nous vivons dans des univers parallèles avec la fabrication de repères normatifs qui leur sont propres. J'ai eu l'occasion d'illustrer ces questions lorsque j'ai évoqué dans d'autres travaux le rapport des populations jeunes précaires avec les substances psycho-actives, les drogues, comment ces rapports particuliers nous permettent de comprendre autrement.

Lorsque nous sommes dans l'univers de la précarité, face à ce public, il est important de travailler avant tout à nos propres représentations et de s'en méfier parce que ce ne sont pas toujours de bonnes conseillères.

La deuxième idée que je veux développer concerne la question de l'exclusion sociale. Pour moi, psychologue social, l'exclusion, l'inclusion sociale renvoie avant tout à une configuration des rapports sociaux et symboliques. Appartenir ou ne pas appartenir renvoie à un ordre idéologique c'est-à-dire à un ordre d'idée qui nous révèle à un ordre des rapports sociaux. Il est très important de comprendre que derrière le phénomène d'exclusion sociale se trouvent diverses formes d'exclusions sociales définies en tant que formes des rapports sociaux et symboliques.

On peut parler d'exclusion sociale et renvoyer à l'idée de l'isolement, de l'exclusion hors de l'espace public d'un certain nombre de populations. L'exemple de l'enfermement, de la ghettoïsation, de l'asile, de la peine de sûreté pour certains psychiatres aujourd'hui sont des exemples illustrant cet état de fait. Michel Foucault a beaucoup parlé de la folie, de l'expulsion des fous en-dehors de nos villes et je ne pense pas qu'il ne s'agisse que des affaires du passé.

Deuxième forme d'exclusion : la mise à distance sociale et topologique. Et des questions qui ont beaucoup préoccupé les sociologues : la question entre centre ville et périphérie et la marginalisation de certains groupes sociaux tenus hors du style de vie, des activités propres à une société donnée. Cette question me paraît aussi importante puisqu'on parle de la ghettoïsation d'une certaine partie de la population. Lorsqu'on travaille sur la précarité, beaucoup d'exemples peuvent illustrer cet aspect.

Enfin une troisième forme me paraît intéressante à laquelle on attache beaucoup moins d'importance : la distinction sociale qui fonde une attitude de discrimination à l'égard de certaines populations par la fermeture et le contrôle des accès et aux rôles sociaux. Il est très important de voir que l'exclusion sociale est un phénomène polymorphe. Le dénominateur commun en est cette configuration des rapports sociaux qu'elle engendre, qui doit nous amener à réfléchir.

J'ai beaucoup travaillé lorsque j'étais dans le Nord de la France, autour des pratiques professionnelles à la garde des personnes ayant un handicap mental. C'est un très bon exemple de voir qu'on a décidé au début des années 90 de penser à la réinsertion sociale des handicapés mentaux par le travail avec la création des CAT, etc. Mais on a refusé à ces populations tout droit à une vie privée, affective, etc. J'ai travaillé avec des professionnels autour de l'idée de l'enfantement d'une handicapée mentale qui provoque l'horreur. Et dans certaines institutions ont été établies des normes sociales tout à fait bizarres et particulières.

L'idée du non-enfantement renvoyait à une confusion entre la maladie mentale et le handicap mental qui devenait la figure de proue de l'altérité sexuelle que représente le malade mental. Et pour analyser ces différentes formes d'exclusion sociale il est nécessaire de travailler sur les représentations qui les sous-tendent, qui les légitiment, que nous partageons tous dans la société, tout comme les personnes concernées.

J'ai beaucoup d'affection pour un sociologue qui s'appelle Erving Goffman qui a parlé des stigmates, des discrédités et des discréditables. L'un des enjeux avec les populations stigmatisées est l'antériorisation par ces populations des stigmates. Elle participe à un ordre social et comme l'avait dit James, le père fondateur de la psychologie depuis cent cinquante ans déjà, l'image de soi, l'estime de soi. Et ce ne sont pas seulement des qualités personnelles mais surtout le résultat de l'image que les autres nous renvoient.

D'emblée les psychologues ont situé les psychologies à l'interface de la relation à l'autre, à la société. Les raisonnements des approches psychologisantes visent à psychologiser le social, à enfermer le psychologique dans l'individu. La psychologie est entrée dans la société, en nous, entre individuel, trans-individuel. Et c'est l'enjeu de travailler la psychologie, c'est ainsi qu'on arrive à ne pas faire des réductions qui ne sont pas toujours utiles lorsqu'on veut prendre en charge un certain nombre de problèmes.

Lorsqu'on parle de la souffrance psychologique, les remarques que j'ai faites, les distinctions entre les différentes formes d'exclusion sociale sont importantes à considérer. Comment penser la souffrance psychologique ? J'ai trouvé un cadre qui me paraît intéressant chez Paul Ricœur quand il dit que la souffrance n'est pas la douleur. Et que lorsqu'on travaille sur la souffrance il faut se pencher sur l'altération du rapport soi/autrui, des rapports à soi, à sa capacité de pouvoir agir. Il explique que la souffrance altère et exprime un affaiblissement des rapports soi/autrui, elle montre la réduction de sa puissance d'agir, elle donne à voir sur sa condition sociale.

Je me rappelle cette fille que j'avais interrogée à Marseille dans les quartiers Nord et qui me disait « *Je pense que je suis née dans un quartier où mon avenir est de mourir d'une overdose* », dans l'univers de la précarité, par rapport à l'évocation des drogues.

Je voudrais conclure avec une expérience personnelle : il y a trois semaines j'étais en Grèce et nous parlions du malade mental qui s'est échappé à Marseille, une information première dans les informations grecques. Et c'est montrer ainsi la figure d'altérité qui représente encore le malade mental : on va trouver normal de prendre un fait divers aussi banal pour en faire des communications qui continuent à alimenter l'idée du danger, de la peur, qui expriment encore qu'il s'agit d'une catégorie signifiante, qu'il faut arriver à déconstruire. Et c'est l'un des enjeux lorsque nous travaillons sur les liens entre souffrance psychique, prise en charge, etc.

6 LE TRAVAIL POUR LA SANTE MENTALE DANS LE MILIEU COMMUNAUTAIRE : QUEL RAPPORT AVEC LA PRECARITE ?

Massimo MARSILI

Psychiatre, Direction du département santé mentale de Trieste

Je vais essayer d'utiliser mon temps de parole avec la synthèse générale d'un travail qui a commencé il y a trente ans. Je suis un homme de terrain qui essaie de passer du regard à la pratique. J'ai beaucoup apprécié ce que j'ai entendu. Ces propos m'ont enrichi et j'espère donner des idées qui font partie d'une expérience qui nous a permis d'avoir un observatoire territorial, communautaire de la santé mentale, de la maladie mentale, de la précarité, etc. Il est assez privilégié parce qu'il n'est pas caractérisé comme un observatoire hôpital psychiatrique.

C'est un système complètement communautaire : il se base sur des centres de santé mentale qui travaillent 24 heures sur 24. Ils sont dans la cité, la ville, pourvus de lits et en état de donner des réponses soit aux besoins de jour, soit aux personnes qui ont besoin d'hébergement la nuit. J'aime beaucoup utiliser le mot hospitalité plutôt qu'hospitalisation. En effet, quand je me réfère à la façon dont fonctionne notre système, nous hébergeons les personnes en crise, nous ne les hospitalisons pas.

Des services sont le cœur du système, qui travaillent jour et nuit, le jour pour les personnes de la ville, la nuit pour celles qui sont hébergées, avec une équipe multidisciplinaire qui va à domicile, qui se déplace beaucoup dans la ville, autour de laquelle se trouve décliné un système assez complexe d'accueil d'urgence à l'hôpital général, d'appartements protégés avec des promotions de réhabilitation, des ateliers, coopératives, associations.

Ce système est exactement entre social et sanitaire. Si je regarde le côté sanitaire, j'y trouve le côté sanitaire du psychiatre, nous utilisons les médicaments, la psychopathologie. Mais on n'oublie jamais le côté social du sujet. Et ce système un peu ambigu nous a permis après trente ans de comprendre que nous avons toujours à faire à des sujets, jamais des objets de traitement. C'est parti de l'époque de la désinstitutionnalisation de l'hôpital psychiatrique quand on avait plutôt à faire à des objets qui étaient restés dans l'hôpital. Il ne faut jamais oublier qu'il s'agit de personnes qui travaillent avec d'autres personnes.

Nous avons aussi appris que l'approche clinique pure n'est pas suffisante, c'est-à-dire ne voir que le côté malade du sujet. Chacun a toujours des côtés sains et malades, des parties qui ne fonctionnent pas parfaitement et la santé n'est pas la parfaite santé mais toujours un équilibre entre plusieurs parties qui doivent être en harmonie. L'approche clinique va réduire la complexité du sujet à perdre toute la complexité du côté familial, social pour ne voir que la psychopathologie et le réduire est une erreur majeure. Une approche clinique doit être dépassée d'une approche à 360%.

D'autre part, nous avons appris que ce système qui travaille dans la communauté a une responsabilité territoriale qui est différente de la traditionnelle responsabilité ciblée sur les lits que l'on a devant. Trop souvent, les psychiatres pensent, comme les médecins, que leur responsabilité s'arrête au moment où la personne est dans le lit. Quand elle est sortie de l'hôpital ce n'est plus son affaire. Au contraire, le système communautaire essaie d'avoir une approche au-delà de l'accueil et de l'hébergement qui ne se limite pas au sujet, mais à celui-ci avec ses proches, ses voisins, ses employeurs, le milieu dans lequel il est inséré.

Une responsabilité active pour les personnes plus fortement endommagées par les troubles de santé mentale. Nous voyons environ 4.000 / 4.500 personnes, c'est-à-dire 1,6% de la population de la ville de Trieste et 20 à 25% de ces personnes sont à haute priorité, avec des troubles mentaux majeurs, un réseau social, familial endommagé. Pour tous ces sujets que nous appelons personnes à haute priorité, les services doivent être actifs, ils doivent vérifier comment ils vont. Et quand nous ne voyons pas une personne de ce groupe, nous pensons que nous l'avons oubliée et ce n'est pas grâce à nous mais grâce à elle, parce qu'elle va mieux. C'est important, une responsabilité pensée d'une façon différente.

Enfin, il faut prendre en compte la continuité, soit des horaires (la nuit le centre travaille avec les personnes hébergées mais avec la possibilité d'un accès à l'hôpital général avec des psychiatres sous astreinte), mais aussi une continuité sur le lieu (les services suivent les personnes, s'il faut parler à la famille, nous allons vers la famille, si c'est avec l'employeur, c'est pareil). Nous avons une perception plus ample. Cette continuité est très importante parce que l'activité du service n'est pas évidente dans la tête des psychiatres.

Le traitement a toujours pour objectif de donner à la personne la possibilité et la capacité de s'intégrer dans le monde, la société, de socialisation, de récupérer les liens entre le sujet et les autres.

Nous avons également appris que nous ne pouvons pas tout faire, et c'est le point faible en ce moment. Si nous n'engageons pas les usagers dans ce projet, ce système et leur rôle va changer d'une façon active très rapidement.

Je viens de vous expliquer la façon dont nous abordons notre travail quotidien et en revenir à la précarité. Avec un double rapport entre la précarité et les troubles de santé mentale, un cercle qui peut être vertueux ou vicieux selon les cas. L'un des enjeux majeurs du système est qu'il faut empêcher la dérive vers la précarité des personnes atteintes de troubles mentaux comme il faut empêcher la dérive vers les troubles mentaux des sujets précaires. Il n'y a jamais un commencement. Il ne faut pas aborder ce sujet sous l'angle de la discipline, mais très souvent avec une vision complexe.

Notre système n'a pas trouvé de solution mais nous croyons très fortement qu'une possible façon d'aborder ces problèmes se trouve dans le travail en réseau avec les autres agences. L'un des buts de notre système n'est pas de travailler avec nos patients, les personnes qui nous appellent, mais toujours avec les agences qui très souvent ont à faire avec les sujets précaires.

Nous avons :

- des rapports très importants et continus avec les services sociaux de la municipalité,
- un rapport direct pour les problèmes financiers, de logistique des sujets,
- un rapport très direct aussi avec les agences d'hébergement,
- des tables se réunissent une fois par mois parce que nous avons compris que l'hébergement, la maison, le lieu où l'on vit est fondamental,
- des rapports fréquents avec les institutions pénitentiaires : chaque équipe, chaque service de santé mentale (quatre) a un groupe qui est autorisé à aller en prison pour suivre les personnes connues qui vont en prison, soit celles qui, étant en prison, ont développé des troubles.

En Italie quatre hôpitaux judiciaires font partie du système judiciaire, nous avons essayé d'empêcher l'envoi des sujets de Trieste à l'hôpital psychiatrique judiciaire. Nous avons abouti il y a deux ans à la complète utilisation des réseaux de santé locaux grâce aux rapports directs avec les institutions pénitentiaires qui sont assez difficiles à engager, ce n'est pas un travail simple mais il est important :

- nous avons des rapports avec les bénévoles des associations caritatives qui s'occupent bénévolement des sujets atteints de troubles mentaux et précaires,
- nous avons essayé de promouvoir au niveau du système de santé général des accès directs avec les généralistes, des districts sanitaires.

Les personnes avec des troubles mentaux, une précarité de vie complète seront malades plus vite, moins bien soignées, leur vie raccourcie.

Ce n'est pas de la théorie mais des éléments pratiques à mettre en place et c'est parfois compliqué.

Et pour conclure je dirais qu'il faut sortir d'une vision de disciplines dans laquelle chacun va trouver sa place avec une juxtaposition des différents morceaux du puzzle, agir comme des citoyens, c'est difficile mais fondamental, qui ont une expertise, une capacité, plus de chances que les autres, qui peuvent les aider à sortir de leur condition. Et construire un système de proximité pour contrecarrer la précarité.

Anne-Julie CLARY

Citoyenne, Ancien conseiller technique santé du service de l'insertion du Conseil Général des Bouches-du-Rhône

Je voudrais vous faire partager les actions mises en place depuis plusieurs années dans le cadre de la précarité, de l'exclusion et de la santé mentale. Depuis 1996, avec la DDASS, le Conseil Général a mis en place un système de conventions pour que certains spécialistes de santé mentale puissent avoir deux missions dont la première est d'aller vers le public en difficulté psychique qui refuse le soin d'emblée. Le deuxième est de faire un maillage autour des référents sociaux qui ont en charge l'insertion des publics allocataires du RMI.

Aller vers les personnes en souffrance psychique n'était pas simple puisque pendant fort longtemps il a été dit qu'il fallait que les personnes malades viennent vers le psychiatre. Or, un grand nombre de gens en situation précaire ne vont pas vers le soin alors qu'ils en auraient besoin. Et par cette mission nouvelle mise en place, des psychiatres, des infirmiers-psys, des psychologues peuvent dans le cadre de leur travail au quotidien aller vers le public en situation difficile pour dédramatiser la psychiatrie et permettre le passage vers la prise en charge psy, mais aussi parfois pour simplement, par une présence, déstigmatiser la situation et faire aboutir une insertion possible autre qu'une prise en charge par la psychiatrie.

Aller vers les référents sociaux, faire ce travail de maillage pour échanger avec ceux-ci, expliquer ce qu'est la santé mentale, dédramatiser l'approche psychiatrique mais aussi mettre en réseau toutes les connaissances de chacun, permettre d'arriver soit à la prise en charge santé, soit passer à autre chose, à l'insertion sociale puis parfois professionnelle.

Actuellement, six conventions sont passées avec les six hôpitaux psychiatriques des Bouches-du-Rhône sous-tendues par des vacations prévues non pas pour stigmatiser le public mais pour faire ce travail de proximité, de mise en rapport entre les différents services.

Une Intervenante

Conseillère technique à la direction de l'insertion

En charge de l'accompagnement par les travailleurs sociaux

Je voudrais souligner que nous avons besoin de toutes ces compétences, de l'énergie de chacun pour aider les personnes en situation précaire. Et lors du séminaire sur la précarité qui a eu lieu récemment à Marseille, il a été souligné, dans les préconisations européennes de l'inclusion active, la nécessité d'aider les aidants et c'est important de le rappeler aujourd'hui.

Béatrice STAMBUL

Psychiatre praticien hospitalier

Monsieur Furtos a dit qu'il y aurait moins de psychiatres ; si on en a encore, on n'a pas l'impression actuellement qu'ils sont nécessairement au bon endroit. Un élément apparaît de façon particulière en écoutant l'expérience de Trieste qui est ancienne mais qui nous a donné des exemples pendant des années : c'est la question de la proximité. Le secteur psychiatrique tel que conçu aux origines se voulait être un lieu d'exigence, de proximité, au plus près des besoins, etc. Et on s'aperçoit, des années après, que cette sclérose aboutit aujourd'hui à défendre un modèle qui ne répond absolument pas.

Même si nous avons encore des psychiatres, même si nous sommes des pandas de l'avenir, ils ne sont pas toujours au bon endroit et en particulier le dispositif n'est pas du tout adapté à tout ce que l'on vient de définir ce matin. On ne voit pas très bien, en connaissant bien de l'intérieur la façon dont fonctionne le secteur type, comment affilier des gens dans les situations décrites ce matin. Comment quelqu'un qui dort dans la rue va aller dans un hôpital de jour, un CATTP, à un rendez-vous, quand on sait ce qu'est le temps s'il vit dans des situations difficiles ? Il y a à réfléchir sur le fait que le modèle d'aujourd'hui n'a pas cette souplesse vis-à-vis de l'évolution de la précarité.

Massimo MARSILI

Psychiatre, Direction du département santé mentale de Trieste

L'expérience de Trieste est née avec l'inspiration de la forme du secteur français. Franco Basaglia s'est inspiré de la loi de 1960 pour dépasser l'hôpital, dire que le pivot du système est dans la ville, dans le quartier, dans le secteur et non pas dans l'hôpital psychiatrique. Il a déplacé l'équipe, les lits dans la ville et c'est la grande différence.

Chantal BERHAULT

Directrice adjointe à la DRASS du Languedoc Roussillon

Je voudrais demander à Monsieur Marsili d'aller plus loin dans son intervention très intéressante. Vous considérez que nous devons, professionnels de santé, sortir d'une vision de disciplines pour dépasser l'approche clinique et prendre en charge les personnes de manière continue. Comment à Trieste pouvez-vous dépasser ces disciplines entre médecins psychiatres, travailleurs sociaux ? Comment l'acculturation entre les deux, la coordination se font sur le terrain de manière très concrète ?

Massimo MARSILI

Psychiatre, Direction du département santé mentale de Trieste

Pour avoir la clé, il faut comprendre ce qui peut être utilisé par les citoyens, c'est-à-dire l'expérience. Je me sens comme une personne qui a développé après trente ans une expérience pouvant être donnée aux autres. J'ai un rôle d'expert parce que j'ai étudié, travaillé, réfléchi et je n'ai aucune jalousie de mon savoir, je vais le mettre à disposition, c'est la façon d'aborder la question. Tout n'est pas automatique et il faut mettre en crise le rôle traditionnel du psychiatre. Il a plus de difficultés que les autres parce que l'assistante sociale, les infirmières ont plus de facilités pour aborder leur travail avec le côté du sujet citoyen plutôt que professionnel.

Tout ceci se déroule dans la pratique quotidienne, avec une situation de proximité. Le centre de santé mentale est un lieu où les personnes ont confiance pour demander, poser des questions. Nous travaillons beaucoup sur les rapports directs avec les sujets. Il ne faut pas imaginer les malades comme des personnes qu'il faut attraper, mais auxquelles il faut apporter des aides. Parfois, il faut aussi faire des traitements sous contrainte, nous le faisons, mais de façon très réduite. En 2008 et pour 250.000 habitants, nous avons fait dix sept traitements sous contrainte, c'est différent.

Jean FURTOS

Psychiatre et Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE

Nous avons fait à l'ORSPERE une étude sur les hospitalisations d'office, sous contrainte, les plus contraignantes en France. Et dans une grande ville de France où quatre secteurs se partageaient la population du point de vue du soin, trois secteurs acceptaient les patients et les soignaient quand ils étaient « internés » ; par contre, le quatrième allait systématiquement au-dehors pour rencontrer ceux qui étaient signalés. Dans ce secteur où les psychiatres sortaient avec leurs équipes, il y avait deux hospitalisations d'office par an, dans les autres quarante cinq à cinquante, c'est absolument indiscutable.

Dolorès TORRES

Psychiatre, chef de service CH Edouard Toulouse - Marseille

Je voudrais prolonger la question qui concerne la facilité d'accès aux soins issue de la grande précarité, le développement d'équipes mobiles de liaison qui permettent de rencontrer des personnes en grande difficulté, interpellées par les travailleurs sociaux. Le problème est que lorsque les travailleurs sociaux, leurs équipes téléphonent dans les CMP, ils refusent d'accepter ces personnes en demande de soins. Je travaille à Edouard Toulouse et dans le troisième arrondissement où il y a beaucoup de structures, de CHRS. Nous sommes actuellement saturés parce que nous avons plusieurs nouvelles demandes par jour de prise en charge.

Quand nous téléphonons à d'autres CMP pour leur demander s'ils peuvent prendre en charge les personnes qui pourraient leur être envoyées, ils refusent car elles ne sont pas de leur secteur. Il y a un problème sur Marseille et il faut réfléchir pour savoir comment changer les pratiques si l'on veut les aider à passer d'un lieu social à un lieu plus soignant, et à reconstruire certains éléments de leur vie. Comment aider à changer l'organisation des soins, à renouer avec les pratiques sectorielles que j'ai pu constater à Trieste ?

J'ai l'impression, et ce que je vais dire est peut-être un peu violent, que nous sommes dans une trahison du secteur et dont je suis pourtant ardent défenseur. Nous essayons d'aller dans la cité, nous nous sommes inspirés des collègues de Trieste. Mais je vois cette espèce de fermeture, notamment des CMP qui refusent d'accueillir des gens exclus alors que c'est une première mission du secteur ; je suis assez choquée. Et je ne pense pas que ce soit propre à Marseille mais assez général en France. Des transformations sont à apporter.

Philippe MICHEL

Direction régionale DSS de Corse

L'intervention de Madame me permet de me rattacher à celle de la conseillère technique en travail social des Bouches-du-Rhône qui s'est exprimée auparavant. Si l'on veut être plus efficaces pour les personnes en difficulté, en situation précaire, il faut tous s'y mettre, quel que soit l'échelon et sur une base territoriale. Mais si nous voulons être encore plus efficaces, gagner du temps, du confort, il faut non seulement tous s'y mettre, mais s'organiser. J'aimerais savoir ce que pense la conseillère technique en travail social, quelles réflexions ont-ils eues ?

La loi sur le RSA porte une clarification qui nous intéresse dans ce débat. Le Conseil Général, ses agents, l'ensemble des Conseils Généraux se trouveraient en responsabilité bien clarifiée de cette loi de toutes les dynamiques d'insertion pour tous les publics, avec la responsabilité décrite dans la loi d'avoir pour toutes ces personnes dont nous nous occupons depuis ce matin, un référent qui ne peut pas tout faire mais qui a une vision globale, qui doit pouvoir articuler, ouvrir les portes des CMP, etc. Avez-vous réfléchi dans les Bouches-du-Rhône à cette dimension nouvelle apportée, clarifiée, de cette loi du RSA ?

Une intervenante

Conseillère technique à la direction de l'insertion

Ce n'est pas l'arrivée du RSA qui fait que la direction de l'insertion et le Conseil Général ont réfléchi à cette question puisque l'accompagnement est le fondement des politiques d'insertion sociale et professionnelle. Nous ne faisons que poursuivre cette réflexion sur l'accompagnement et nous avons pointé que l'un des axes de progrès était bien d'éviter les cloisonnements, de travailler ensemble (ce ne sont pas que des mots) dans le pacte territorial avec tous les partenaires et les acteurs de l'insertion économique, mais aussi sur le social, le logement, la santé. Trois axes forts qui permettront d'amener à l'emploi et nous y travaillons.

Françoise GAUNET-ESCARRAS

Adjointe à la santé de la Mairie de Marseille

A ce stade du débat, la question est posée aux politiques locales et nous déplorons de laisser uniquement au national le pouvoir régalien de s'impliquer dans les décisions en matière de santé mentale dans la cité. Nous n'arriverons pas à faire tout le travail avec quatre équipes mobiles sur Marseille, même si nous nous en glorifions. Et au passage, un grand mea culpa sur le fait que l'implication des personnes politiques au local n'existe pas ou peu. Aussi, nous n'arrivons pas à déclencher, au niveau du national, ces outils que nous appelons dans leur déploiement. Et nous sommes tous convaincus qu'il faudrait pouvoir faire exercer une politique de secteur finie, complète comme à Trieste en particulier, un peu ailleurs, mais certainement pas ici.

C'est le manque d'implication des politiciens locaux, au sens noble du terme. Nous tous ici, essentiellement des professionnels, mais il y a bien évidemment la voix de l'Etat et entre les deux, ces transferts de demandes qui relèvent du rôle des politiques pour arriver au transfert des besoins : 80% des moyens vont aux hôpitaux et 20% à l'extérieur, et le contraire pour les patients c'est-à-dire globalement l'état des lieux et des besoins. C'est vraiment le cœur de l'issue des débats que nous voulons : déclencher des actions par les politiques locales, les collectivités locales, des demandes au niveau national.

Jean CHAPPELLET

Directeur Général de la DRASS PACA

J'ai l'impression de nager en plein paradoxe. J'entends que le secteur est né en France et que son développement s'est fait dans des pays étrangers. Nous avons un ami italien mais si nous prenions l'exemple de l'Espagne, nous pourrions avoir d'autres éléments de documentation ou d'illustration.

J'entends également que nous allons sinon manquer de psychiatres, en tout cas en avoir une diminution. Mais nous sommes aussi le pays d'Europe qui en a le plus et je parle de la France, je ne parle pas du Sud de la France où l'on trouverait sans doute une situation encore plus favorable.

Je me demande – et j'attends que la table ronde suivante m'aide à avoir des éléments d'information – si nous ne devons pas travailler sur des questions d'organisation, reprenant ainsi ce que soulevait le docteur Furtos : ce transfert de compréhension et de pratiques. N'est-ce pas là que se situe la difficulté ?

J'aurais une question à poser à Monsieur Apostolidis qui a mis en évidence le fait que nous avons nos propres représentations de l'accès aux soins. Et nous nous étonnons parfois qu'avec un dispositif d'accès aux soins parfait, nous ayons encore besoin de développer des dispositifs particuliers pour des populations particulières, notamment précaires.

Dans le domaine qui nous occupe aujourd'hui, y a-t-il une particularité de l'accès aux soins en santé mentale ? Vous nous avez parlé, Monsieur Apostolidis, de l'accès aux soins dentaires, du risque de maladies infectieuses. Y a-t-il pour les populations en situation de précarité vis-à-vis de l'accès aux soins en santé mentale, aux soins psychiatriques, une particularité pouvant nous permettre de comprendre la meilleure façon d'amener aux soins par une demande, ou en facilitant une demande de soins, ces personnes en situation précaire ?

Thémis APOSTOLIDIS

Professeur en psychologie sociale de la santé à l'université d'Aix en Provence

Des dispositifs sont mis en place à Marseille qui montrent que les travaux d'équipes de proximité réfléchissent dans le travail d'accompagnement en termes de réduction des risques. Je pense à ce qui est fait par Vincent Girard au centre-ville de Marseille. Il s'agit d'exemples, mais je laisse les personnes concernées évoquer davantage ces questions.

J'ai essayé de montrer – et c'est vrai aussi pour le recours aux soins psychiatriques, à l'univers de la psychiatrie – que lorsqu'on regarde ces populations précaires, les modes de recours aux soins, les rapports aux professionnels, aux institutions, on voit que ce n'est pas stricto sensu la logique sanitaire qui est exprimée, mais aussi des logiques sociales autres manifestées dans ces relations. Un très bon livre a été fait sur les urgences par un collègue sociologue qui montre que vous et moi, en allant aux urgences, nous pouvons attendre une ou trois heures. Nous sommes dans la compréhension du fait qu'il y a un certain nombre de conditions, que cette attente n'est pas dirigée contre nous. Lorsqu'on est dans des déficits aspirationnels, identitaires, etc., dans la logique décrite, c'est un vécu bien particulier.

S'il y a des éléments sur lesquels il faudrait réfléchir, c'est comment ramener ces personnes en construisant des relations de confiance puisque c'est par la filiation sociale, la confiance n'est pas abstraite, c'est un bien interpersonnel et social lié à la participation sociale. La confiance et la méfiance, avant d'être des états d'âme, sont des climats sociaux et c'est peut-être là le pari que nous avons à relever. C'est sur le relationnel qu'il faut miser. Il faut construire un relationnel spécifique, c'est très globalement pour les populations précaires un vrai enjeu.

L'offre de soins n'est pas un facteur suffisant pour les amener à se soigner. Je pense notamment au travail de Paul Farmer en anthropologie qui explique que ce n'est pas parce que vous offrez du soin que les gens vont en profiter. Le rapport à la santé, à la maladie n'exprime pas seulement un rapport, un état biologique, mais très globalement un rapport à l'expérience, à la quête du sujet. Il faut voir l'expérience sanitaire, de la santé, de la maladie comme très globale et ne pas se limiter stricto sensu à cette question.

Votre question pose toujours les mêmes interrogations : faire de la promotion sanitaire. De la prise en charge dans ce contexte nous demande d'agir sur des déterminants sanitaires mais aussi non-sanitaires et j'insiste beaucoup sur ce déterminant qui renvoie à la question des affiliations (confiance, méfiance, etc.).

C'est une vision partielle pour soigner des gens qui sont dans une indétermination. Ils ne savent plus si elle est psychique, sociale, financière, de famille. S'ils ont perdu confiance, s'ils sont paranoïaques, ils sont dans une indétermination chaotique. Ils nous attrapent d'une drôle de manière.

Une interne vietnamienne est venue dans un service proche du mien : Comment ? Chez vous les malades n'obéissent pas au doigt et à l'œil ? Non. C'était pourtant le cas quand j'étais un jeune assistant. En disant : C'est moi le patron, la violence s'arrêtait. Le rapport à l'autorité dans notre pays s'est transformé et les malades mentaux, les personnes dites précaires, sont comme tout le monde : elles ont perdu un certain rapport à l'autorité avec une casquette, etc.

Pour nous coltiner avec des gens qui, comme tout le monde, ne respectent pas l'autorité au doigt et à l'œil comme autrefois, nous sommes obligés d'accepter d'être dérangés profondément – l'insulte peut faire partie du travail – dans notre propre corps. Et la manière, quel que soit notre métier, est d'apprendre une proximité distancée, à être proches des gens en gardant une distance réflexive. On disait qu'il y avait des chirurgiens à mains nues, je n'en ai jamais vus. Mais nous devons être des praticiens de l'humain qui mettent leur propre chair dans la balance, avec une réflexivité, une équipe. Nous sommes en train de l'apprendre à certaines professions, on ne l'a pas appris dans notre formation initiale. Un psychiatre me disait qu'il était un psychiatre errant avec les errants par exemple. On ne nous a pas appris nécessairement à errer quand nous avons appris la médecine.

Nous sommes dans un système bureaucratique croissant. J'apprends avec mes collègues à faire de la transgression validée et les services de l'Etat le font régulièrement. Si nous faisons tout à la date prévue, tout s'arrêterait, y compris dans les services déconcentrés de l'Etat. On prend sur soi à certains moments, ce que Goffman appelait les adaptations secondaires.

Si le terme transgression validée paraît trop transgressif, on peut l'appeler marge de manœuvre. Le rôle des chefs est de favoriser les marges de manœuvre de leurs collègues, et le rôle des grands chefs de favoriser les marges de manœuvre des moyens chefs. On voit le contraire, actuellement, avec la dangerosité, le fait d'avoir peur d'être mis à la porte pour un oui ou un non. Nous devons absolument lutter contre cette bureaucratisation apeurante et prendre des risques, c'est aussi une manière de rester vivant.

GRANDS TEMOINS

Hermann HANDLHUBER

Travailleur pair à Médecins du Monde. Equipe mobile santé mentale – Marseille

Je suis d'origine autrichienne. Depuis quelques années à Marseille, je suis travailleur pair chez Médecins du Monde et dans ces fonctions, je fais partie de l'équipe mobile de santé mentale. Je travaille chaque jour dans la rue avec des personnes souffrant de difficultés de santé mentale.

J'aimerais raconter mon histoire, ma vie. J'ai connu la grande précarité. J'étais commercial en Autriche. J'avais une très bonne situation familiale, économique, sociale. Jusqu'à l'âge de quarante ans j'ai connu toutes les précarités différentes et à cause de problèmes familiaux j'ai quitté l'Autriche pour un voyage sans retour. J'étais malade, de plus en plus dépressif, dans un sentiment de non-avenir parce que je gagnais bien ma vie, mais je n'avais pas de sens à ma vie. Cette dépression était cachée. J'ai pensé la soigner avec l'alcool, je suis devenu de plus en plus alcoolique, tout s'est terminé avec un divorce.

J'ai été marié deux fois, j'ai perdu deux fois tout le sens de ma vie, mon travail, mon logement, mon avenir. J'ai donc quitté le pays pour commencer ailleurs une autre vie, huit ans d'errance, de vagabondage international. Et un jour je suis arrivé à Marseille, malade devant aboutir à une mort certaine ; j'avais la tuberculose, j'étais au bout de ma vie, une situation très grave. J'ai bénéficié pendant deux ans d'un traitement très lourd. Il ne me reste rien sauf beaucoup de cicatrices dans les poumons, de l'asthme.

J'étais déprimé pendant ces huit ans de rue, j'étais devenu un alcoolique « professionnel », personne ne me soignait à cause de cette situation, de ma dépression. Mais un jour, dans un bar, j'ai croisé la mission sans-abri de Médecins du Monde, le docteur Clément, médecin généraliste et le docteur Girard, psychiatre. Nous avons commencé une histoire extraordinaire et alors a commencé mon rétablissement au cours d'un parcours de longue durée. On peut soigner, rétablir une personne physiquement mais le plus grand problème est celui de la santé mentale, de la dépression : elle ne nous quitte jamais.

J'ai trouvé une chambre dans un hôtel, puis je n'ai plus bénéficié de l'allocation d'adulte handicapé avec laquelle je la payais. J'étais dépressif, j'ai quitté Marseille, la France, j'ai commencé un autre voyage, sans objectif. Je me suis soigné tout seul, je ne buvais plus ; Par contre j'ai commencé à écrire l'histoire de ces huit ans dans la rue. Mais je n'avais plus le droit à l'allocation adulte handicapé et c'était traumatisant pour moi. J'ai acheté quelques bouteilles de vin après presque deux ans, j'ai bu et quand j'ai été ivre je suis allé gare Saint Charles acheter un billet de train pour l'Espagne. J'ai fait un voyage, puis au Maroc pour quelques mois.

J'étais dans la même situation qu'avant et j'ai pensé qu'il fallait que je réagisse sinon j'allais mourir, j'étais trop malade. Je suis revenu à Marseille, j'ai rencontré Vincent Girard, la mission de Médecins du Monde, j'ai commencé à discuter avec lui, il venait des Etats-Unis, avait terminé ses études en psychiatrie. Et avec ses équipes de professionnels il a établi une équipe de soins incluant le système de travailleurs pairs complètement inconnu à l'époque. La santé mentale n'avait aucun sens, le souci principal était de trouver un logement pour ne pas être malade, ne pas rester dans la rue qui rend malade physiquement et psychologiquement.

Avec la mission sans-abri de Médecins du Monde a commencé une autre histoire, celle de mon propre rétablissement. J'ai reçu le RMI, trouvé un logement dans un secteur privé mais ce n'était pas un aboutissement. J'étais seul. La solitude est « mortelle » et après deux ans dans un logement, seul, sans connaissance sauf les amis de la rue, je l'ai quitté, je ne supportais pas, je suis retourné dans la rue où j'avais un certain monde social, même si ce n'était que les SDF, l'alcool, la montée de la toxicomanie. J'avais besoin de contacts avec d'autres gens, être seul c'est mourir, ça n'a aucun sens.

Je parle dix langues. Les Médecins du Monde rencontraient beaucoup d'étrangers à Marseille, ils avaient besoin de traducteurs, ils m'ont demandé de travailler au cours des maraudes. Pour moi, ce fut un choc, j'étais dans la possibilité de me rendre utile et je ne pouvais pas refuser cette collaboration. J'ai donné un nouveau sens à ma vie et à partir de là, j'ai arrêté l'alcool du jour au lendemain. Je connais Vincent Girard depuis cinq ans, je ne bois plus. Depuis cette date commence mon histoire avec Médecins du Monde. Pendant deux ans et demi j'ai travaillé bénévolement. Depuis quatorze mois je suis salarié dans les équipes mobiles de santé mentale. Ma première demande s'adresse aux responsables politiques : l'accès aux soins pour toutes les personnes dans la rue et le droit au logement.

Je suis psychiatre, chef de service, universitaire, professeur de psychiatrie, je ne suis pas un homme de terrain et la question se pose de savoir pourquoi et si j'ai le droit de me présenter comme un grand témoin. Je suis au moins témoin des raisons pour lesquelles je suis invité aujourd'hui : certainement parce que je suis psychiatre et universitaire, c'est-à-dire parce que je représente un discours d'autorité. Et il faut être averti au cours de nos débats que le discours d'autorité ferme définitivement la parole à toutes les personnes en situation de précarité. Il est donc évident qu'il faut que nous trouvions les moyens, chacun dans notre position, notre discipline, notre position de chef, de savoir comment protéger une parole qui naît, un projet qui se crée, comment au moins essayer de ne pas le détruire. Je n'en suis pas un bon exemple, mais c'est la question : de quelle façon le discours autoritaire et la précarité entrent mutuellement en ligne de compte ?

De la même façon que la question soulevée par le docteur Furtos : les liens de la précarité et de la santé mentale dont je peux être un témoin. En tant que citoyen, je vois des gens qui souffrent et qui, du fait de leur pathologie mais aussi de leur exclusion, vivent une double insécurité. Jean Oury parlait d'une double aliénation clinique et sociale. Cette analyse reste pertinente, même si se pose aussi la question de l'aliénation.

Je suis en colère en tant que psychiatre et en tant que citoyen et je regrette parfois qu'elle puisse parfois me dépasser. Alors m'anime, moi comme vous tous je crois, ce que Goffman appelait la « condition de félicité ». Nous avons d'abord et avant tout la peur de paraître fou. Nous faisons un certain nombre de choses pour ne pas paraître malades et c'est sans doute cette inquiétude qui nous amène à prendre des positions d'autorité, si l'on exclut l'amour du pouvoir qui est sans doute la première motivation.

INTERVENANTS A LA TABLE RONDE

Béatrice STAMBUL

*Psychiatre, Coordonnateur du service STS toxicomanie addiction
Centre hospitalier Montperrin d'Aix en Provence*

PSYCHIATRIE, PRECARITE ET URGENCES

Je suis psychiatre dans un pôle transversal qui comprend les urgences, la toxicomanie, la prison, une collection de stigmates. Avec ma collègue le docteur Elisabeth Baldo responsable des urgences psychiatriques à Aix en Provence, nous allons vous présenter ce que nous faisons. Il reste encore beaucoup d'actions que nous pourrions mener, que nous ne menons pas, nous aimerions plus de mobilisation. Il s'agit de l'organisation sur le territoire de santé des Bouches-du-Rhône Nord avec trois hôpitaux (Aix, Salon, Pertuis) et le centre hospitalier de Montperrin de gérer dans ces hôpitaux les urgences et les hospitalisations psychiatriques.

Le centre hospitalier d'Aix regroupe l'accueil aux urgences, les huit lits du CAP 48, des dispositifs très connus. Tout le monde sait qu'il y a un endroit où 24 heures sur 24 on peut être accueilli de façon bienveillante. On sait peut-être moins qu'on fait de la psychiatrie de liaison dans l'hôpital et que l'accueil de Montperrin est rattaché à ce dispositif.

Sur l'item de la précarité, en termes de recueil de données nous ne sommes pas très pertinents. Je vais essayer de vous donner les données littéraires mais aussi chiffrées :

- les urgences psychiatriques :
 - o les urgences dites pures,
 - o les urgences dites mixtes avec du médico-psychiatrique, tentatives de suicide, les troubles addictifs, fonctionnels,
 - o la détresse, les états de crise

- les chiffres sur Aix :
 - o 25% de tentatives de suicide dont 90% sont des surcharges,
 - o troubles de l'humeur : 30%,
 - o troubles anxieux-névrotiques : 30%,
 - o troubles délirants schizophréniques : 12%,
 - o troubles aigus liés à la consommation de drogue et d'alcool : 15%,
 - o le médico-juridique, les réquisitions, les HDT.

- de façon générale :
 - o 100.000 SDF en France,
 - o des urgences reçoivent beaucoup de précaires comme le Havre,
 - o une surreprésentation des hommes par rapport aux femmes.

- nos éléments de critères de précarité :
 - le logement, son absence, l'instabilité de logement,
 - nous avons évoqué le fait que les revenus n'entrent pas en compte dans les critères majeurs de précarité, au regard de ce que nous recueillons comme données, nous sommes obligés de les prendre en compte : des gens qui ont des minimas et même moins,
 - l'absence ou la raréfaction du lien social, solitude ou perte de liens familiaux, nous n'avons pas beaucoup d'items dans nos relevés permettant de les évaluer.
 - en 2007 : 3.169 passages aux urgences psychiatriques d'Aix,
 - 5% d'AH,
 - 5% de RMI,
 - 2% de SDF purs.
 - aucun élément permettant d'évaluer la précarité du domicile,
 - les personnes âgées se trouvent dans des situations de précarisation accrue.

- la clinique
 - la précarité modifie les tableaux cliniques :
 - moins de suivi,
 - plus de moments féconds,
 - des formes évolutives de psychoses plus avancées,
 - le pronostic péjoré.
 - une présentation qui ne va pas créer une relation de confiance : agressivité réelle ou supposée, situation de rejet et de défiance,
 - le masque social, la question entre le social et le médical, le social qui dissimule la pathologie, pour nous c'est un problème social parce qu'il vit dehors, pour le social c'est un fou, etc.,
 - surreprésentation des conduites addictives qui aggrave la réinsertion, soulage probablement, majore les troubles du comportement et les conduites antisociales.

- la situation
 - un patient SDF en grande majorité est amené aux urgences, il vient rarement de lui-même,
 - souvent un service d'aide sociale l'amène (la police, les pompiers),
 - on le ramasse parfois sur la voie publique au regard de troubles d'agitation :
 - bizarrerie,
 - retrait,
 - isolement,
 - propos incohérents,
 - errance,
 - conduite ou menace suicidaires,
 - hétéro ou auto-agression,
 - alcoolisation massive,
 - prise de toxiques,
 - altération de l'état général.

- il est adressé par un généraliste. S'il vient seul, c'est généralement avec une demande qui a surgi relativement rapidement, qui est souvent conditionnée à un problème social urgent,
 - il vient demander une ordonnance, bricoler des choses un peu conjoncturelles.
- le fonctionnement
- la personne est accueillie par les somaticiens, c'est un biais qui peut être discuté mais dans la mesure où les urgences psychiatriques sont immergées dans l'hôpital général, nous sommes sous la responsabilité médicale et il n'est pas envisageable de le voir en première intention. Nous allons arriver très vite si le problème est urgent mais il faut un examen somatique,
 - un double sas peut parfois être dissuasif : il faut attendre aux urgences entre dix minutes ou plusieurs heures avec des charges affectives parfois difficiles, ambivalentes (le rejet et la compassion, les deux figures de la même prise de distance).

Ce n'est pas facile de les soigner, certains jours les accueils sont sympathiques mais probablement difficiles, nos collègues ne sont pas toujours formés. Cependant les fonctions minimales (accueil, laver, nourrir) sont faites tout comme l'examen somatique, aussi bien que les autres. Il faudrait peut-être en discuter.

- si c'est un profil de précaire, l'assistante sociale passe,
 - nous sommes appelés,
 - nous commençons à faire notre travail.
- Nos difficultés :
- l'alcool,
 - des matières toxiques,
 - l'altération de l'état général,
 - la demande,
 - le problème d'une hospitalisation qui lorsqu'elle est demandée est soutenue par une demande sociale urgente,
 - le fait que ces gens soient instables, aient un parcours avec un nombre considérable d'échecs, d'avortements de prise en charge,
 - il ne faut pas les recevoir rapidement, l'observation aux urgences d'une personne SDF n'est pas rapide et survolée mais nécessite au contraire des intervenants multiples et un temps d'observation prolongé, inversement proportionnel à ce que le sujet peut apporter, il faut prendre du temps. C'est évident, mais c'est ce que nous observons,
 - il n'y a pas de raisons médico-psycho-sociales et c'est le gros point noir, surtout à Aix en Provence avec un fort développement des réseaux pour les plus précaires : le SAO qui oriente vers la Croix Rouge, d'autres actions plus lointaines mais difficiles, etc.,

- une équipe mobile précarité,
- lorsqu'il y a hospitalisation, nous commençons à être en difficulté : le privé ne reçoit jamais, soit parce que les papiers ne sont pas en règle, soit parce qu'il ne faut aucune difficulté,
- il y a à Montperrin un accueil avec un système de sectorisation qui n'est pas très adapté,
- les durées de séjour sont brèves,
- certaines sorties sont sans relais,
- les alternatives à l'hospitalisation sont parfaitement inadéquates.

- la souffrance psychosociale

C'est un volet important que nous rencontrons à l'accueil des urgences, qu'il nous faut aussi prendre en charge. Avec les nouvelles structurations de la société, nous recevons de plus en plus de gens aux urgences pour des histoires existentielles, sociétales.

- nos questions

- nous ne renvoyons au sujet souffrant que des miettes de notre propre fragmentation, morcellement. Nous n'avons pas un parcours de soins cohérent à leur offrir en miroir de leur propre incohérence et le symptôme s'en trouve renforcé,
- des urgences ne sont urgentes que parce qu'en amont et en aval il n'y a rien, elles arrivent donc chez nous,
- c'est un domaine qui stagne, d'autres domaines de l'urgence psychiatrique ont enregistré des progrès, des réalisations, l'urgence reste toujours dans la brutalité, l'immédiateté.

- nos solutions

- les représentations, l'accueil, une révolution culturelle, une culture commune entre les somaticiens, les psychiatres entre le social et le sanitaire,
- garantir la même qualité de soins que pour les autres patients, ne pas faire l'impasse comme si le fait qu'ils soient précaires nous dispensait de faire de vraies anamnèses, de vraies prises en charge,
- travailler sur d'autres pratiques : sans la prise en compte de l'urgence, un hébergement clair, digne et cohérent, sans un vrai travail de soins dans la rue, dans la proximité, ils reviendront chez nous. Nous pouvons continuer à travailler de façon épuisante pendant longtemps, si ce que nous faisons de façon relativement épi phénoménale n'est pas suivi par une véritable chaîne thérapeutique cohérente, nous continuerons à faire de l'urgence.

TRAVAILLER EN RESEAU POUR AIDER LES PERSONNES

Nous travaillons en réseau depuis plusieurs années à Ajaccio entre un certain nombre d'associations qui abordent l'exclusion – des associations professionnelles comme la nôtre ou des associations caritatives ou humanitaires – et des institutions plus lourdes ou bureaucratiques – l'hôpital, notamment psychiatrique – sur la question de santé mentale des populations précarisées et bien d'autres points.

L'usager est au centre de nos préoccupations, sachant que la Corse du Sud est particulière parce qu'il n'existe pas d'abris de nuit pour les sans-abri (sauf pendant la période hivernale), peu de maisons de retraite qui sont très chères, pas de centre maternel, pas d'appartement thérapeutique, de résidence sociale pour les jeunes ou d'autres publics spécifiques, pas vraiment de places à l'hôpital. Mais il y a avant tout un tissu associatif dense, très motivé, inventif, des administrations à l'écoute.

Nous avons créé ce réseau il y a quelques années. Il continue à fonctionner avec un noyau d'associations, mais pour chaque cas particulier – la fermeture de l'abri hivernal où il faut particulièrement travailler la question de l'hébergement – nous travaillerons davantage entre personnes concernées. Nous mettrons autour de la table des institutions, des financeurs potentiels, etc. Sur la question de la santé mentale nous travaillerons avec d'autres personnes. Mais le noyau associatif est pratiquement toujours le même : la FALEP, Médecins du Monde, le Secours Catholique, d'autres centres d'hébergement, la Croix Rouge, des associations reconnues sur la place publique.

Chacune a son entrée du problème, liée à son statut, son objectif, sa place dans le paysage. Mais c'est le croisement de nos points de vue qui nous permet de réfléchir à des projets, il faut en faire en permanence. On dénombre tellement de carences que nous sommes obligés d'inventer des modes de prise en charge qui n'existent pas, et sur le quotidien, il faut bricoler avec la boîte à outils que nous avons, pas toujours adaptée, avec des outils peu nombreux, pour trouver des solutions en termes de santé mentale, d'hébergement, de santé tout court.

Nous avons envie de sortir de ce bricolage qui est réfléchi, professionnel, qui reste toujours cependant du bricolage. Mais nous voyons aussi qu'ailleurs, où il y a beaucoup plus de monde en précarité, beaucoup plus de malades mentaux, avec beaucoup d'actions menées, la situation n'est pas facile. Nous nous disons que le fait d'être si peu nombreux mais avec beaucoup de relations entre nous, avec un manque qui fait que nous sommes obligés de créer, d'être inventifs, de travailler ensemble, est peut-être un atout : un bien pour un mal.

Le CHRS a grandi au fil du temps, il a commencé à cinq lits. Nous ne savions pas que des gens dormaient dans la rue à Ajaccio il y a vingt ans. Il a aujourd'hui deux antennes : une à Ajaccio et une à Porto Vecchio qui accueillent plus de cent personnes ; un autre centre d'hébergement a été créé à Ajaccio. Il touche des personnes isolées.

Des familles sont reçues soit en structure collective, soit en appartement selon les populations. Elles connaissent la rupture des liens, des problèmes de logement, de travail, de famille et l'objectif vise l'accès à un logement autonome.

Le constat que l'équipe du CHRS peut faire par rapport à la santé mentale de ces populations n'a rien d'original. C'est une montée en charge des demandes d'hébergement, le fait que les situations sont de plus en plus complexes, où la violence, le désespoir, voire la dépression sont présentes en toile de fond, de toute façon, de la souffrance psychique. Qui fait qu'il y a quelques années, dans la plupart des cas, restait la possibilité en tant que travailleurs sociaux, avec une psychologue à mi-temps dans notre service, d'étayer un projet de vie, investi, motivé. Aujourd'hui nous nous trouvons souvent avec des gens qui ont baissé les bras, qui en veulent à la terre entière et qu'il est très difficile de remobiliser. Nous nous sentons très démunis et très seuls.

La psychologue du centre d'hébergement croule sous les demandes de soutien des usagers et de ses collègues qui se sentent dépassés par cet investissement personnel qu'il faut fournir pour étayer ces personnes en difficulté.

D'autres résidents arrivent au centre d'hébergement avec des valises de médicaments, des neuroleptiques que nous ne connaissons évidemment pas puisque nous ne sommes pas psychiatres. Et dans le cadre de l'accompagnement, il faut gérer la prise ou non de médicaments, voir la question de ces petites pilules le matin et le soir, et c'est assez complexe pour nous.

Parallèlement, nous gérons un accueil de jour pour les populations SDF très isolées et précarisées. Et cette structure reçoit entre 140/150 personnes par jour. C'est important pour Ajaccio qui est une petite ville. Ce chiffre s'explique par la situation géographique de l'île, la terre promise, il y a des gens du cru mais d'autres larguent les amarres pour aller dans un pays qui offre des rêves extraordinaires. Tout comme le cœur de la Méditerranée, il y a beaucoup de Maghrébins, il commence à y avoir des Africains et beaucoup de gens des pays de l'Est qui passent par l'Italie et arrivent chez nous et qui ne s'y trouvent pas si mal.

Grâce au GREPS nous avons une psychologue à mi-temps dans l'accueil de jour. 100% de ces personnes sont en souffrance psychique, c'est évident. Et selon la psychologue, un noyau de soixante dix malades mentaux psychotiques et autres fréquente ce lieu quasiment tous les jours parce que c'est un lieu contenant, de repères, où ils trouvent de l'accueil, de l'écoute, un accompagnement social, une assistante sociale, une psychologue et des animations au-delà des prestations de première nécessité.

Lors d'une conférence régionale de santé, j'ai profité de l'occasion pour appeler à l'aide les psychiatres de l'hôpital à travailler ensemble et ce fut un succès. L'hôpital a accepté et l'expérience est intéressante : la convention a été signée avec le CHRS (donnant/donnant) mais pas avec l'accueil de jour (qui n'avait rien à donner). Le CHRS peut apporter au regard de la sortie des malades mentaux mais un accueil de jour n'a pas beaucoup à offrir.

L'idée est celle d'infirmiers psychiatriques qui venaient au CHRS dans un bureau tous les mois, jamais les mêmes. Ils fonctionnaient comme à l'hôpital bien qu'ils aient essayé de faire autrement, sans résultat et il a fallu revoir notre copie et c'est là qu'intervient l'UMAPPP et le travail se fait actuellement en concertation entre Médecins du Monde, l'équipe de psychiatrie et l'UMAPPP. C'est pour nous une autre conception du travail en direction des populations en souffrance psychique et des malades mentaux.

L'unité mobile nous a donné de l'air à deux niveaux : bien sûr, sur la prise en charge des usagers, mais elle nous a aussi énormément aidés. La psychiatrie jusqu'à présent était une manne un peu magique à partir du moment où les gens passaient par celle-ci, ils allaient être guéris puisque des médecins psychiatres allaient les prendre en charge. Et nous nous sommes dits, petit à petit, que ce n'était pas ainsi et l'UMAPPP nous a fait comprendre que guérir un malade mental, travailler sur la souffrance psychique des malades mentaux est long, pas toujours guérissable. Cette dimension d'étayage du travailleur social dans tous les questionnements de sa peur sur l'incapacité de répondre, de soutenir la souffrance de l'autre, nous a fait beaucoup de bien.

François PERNIN

Médecin chef de l'hôpital d'Ajaccio, Médecins du monde, Président de la coordination Lutte Contre l'Exclusion

L'exemplarité que l'on nous donne n'est pas comparable à ce que nous connaissons sur les petites villes et les pistes de solutions ne sont pas les mêmes. Avec comme spécificité :

- la proximité : nous nous connaissons tous ; nous pouvons nous voir facilement si nous voulons,
- beaucoup de choses sont maîtrisables : je parle bien sûr de la grande précarité, ceux qui vivent dans la rue, les squats, les caves, les logements insalubres, les abris de nuit et lorsqu'ils ferment, sous les coques d'un navire, la plage.

Maîtrisables parce que nous connaissons tous les grands précaires par leur nom. Nous connaissons leur histoire et lorsque nous ne les voyons plus, au bout de deux jours nous sommes capables de se le dire et de s'informer. Et aussi parce que la Corse est une île à l'abri des grands flux migratoires de la misère. Mais nous avons un grand défaut : nous sommes encore trop divisés et l'on peut, si l'on veut, ne pas se voir parce que parfois nous nous connaissons trop. La division est mortelle, le contraire n'est pas le consensus mais l'union créatrice, ce que nous avons cherché à mettre en évidence.

Nous nous sommes fiés pour le constat à cette phrase d'Albert Einstein : *C'est une folie de croire qu'en utilisant les mêmes méthodes on aura des résultats différents.* Nous avons utilisé d'autres méthodes et nous nous sommes lancés dans l'analyse systémique avec cette coordination inter-associative.

- le constat

La grande précarité est un couple indissociable avec la santé mentale. 100% des exclus présentent une souffrance psychique – et c'est un chirurgien qui vous parle – 50% une pathologie mentale et une forte alcoolisation. Il y a surtout de nouvelles formes de précarité. Les travailleurs sociaux les connaissent, ce sont les travailleurs pauvres, les vieux pauvres, les jeunes au village qui désirent y rester, les femmes seules, la génération précarité, c'est-à-dire tous ces jeunes élevés avec pour norme la précarité, qui arrivent aujourd'hui à l'âge adulte : quels sont leurs repères ? Comment leur parler ? Nous avons des institutions très efficaces mais qui ne traitent que ce qui a été identifié. Nous n'avons pas encore fait l'effort d'identifier une nouvelle forme de précarité.

Nous faisons aussi le constat que la fonction asilaire a disparu, c'est dommage, nous pouvons le regretter. Je pense qu'elle ne reviendra pas, mais pour nous, un certain nombre de grands précaires, de malades psychiatriques ont leur place à long terme à l'hôpital psychiatrique.

Nous manquons de places d'hébergement de bas-seuil : pas de maison relais, pas de lit de soins infirmiers, pas de structure intermédiaire, des abris de nuit très intermittents, des logements normaux.

- la constatation

Notre sujet devient objet : nous bricolons. Et pourtant nous sommes devant une urgence, des gens sont dans la rue en danger de mort. L'espérance de vie d'un grand précaire est de quarante neuf ans. Il meurt fort bien de maladie, de meurtre, d'accident, de suicide. Personne n'a la réponse complète. Quel est finalement notre problème ? Sortir de la stratégie de la « patate chaude » pour prendre soin de l'homme dans sa globalité et à long terme. Je parle de ces grands malades psychiatriques et précaires que les associations reçoivent et qui ne trouvent pas le contact avec le psychiatre, ou que celui-ci reçoit sans avoir le contact avec les associations. Ce malade ne peut pas sortir, n'a pas de projet pour sortir de l'hôpital psychiatrique. L'associatif est dans l'angoisse d'avoir devant lui quelqu'un pour lequel il est parfaitement incompetent, il désire voir le psychiatre le plus rapidement possible.

- les pistes de solutions

Nous les avons étudiées tout à fait récemment et votre colloque a été l'occasion de nous rencontrer. Vous avez donc contribué à changer notre regard :

- définir la stratégie de prise en charge,
- améliorer la prise en charge en milieu hospitalier,
- structurer un réseau,
- obtenir des solutions intermédiaires, il faut être réalistes, nous ne l'aurons pas,
- augmenter les lits de psychiatrie, retrouver la fonction asilaire,
- avoir un PASS à l'hôpital n'est pas de notre pouvoir,
- créer et développer des dispositifs adaptés, nous ne l'aurons pas.

- la stratégie de prise en charge
 - définir la typologie des grands précaires malades psychiatriques en danger immédiat,
 - coordonner et prendre en charge dans la durée avec par exemple une personne porte-parole vis-à-vis des institutions, la même pour toutes les associations, une personne chargée du dossier de ces malades,
 - structurer le réseau, se connaître,
 - piloter le réseau,
 - alerter sur la situation et nous n'hésiterons pas à contacter les médias s'il le faut,
 - se former, avec une grande demande de formation par les associatifs au niveau législatif et sur la pathologie et les psychiatres sont prêts à le faire,
 - développer les moyens de l'UMAPPP qui sont l'embryon du SAMU psychiatrique.

Il y a quarante ans a été créé le SAMU médical, il y a vingt ans le SAMU social. On a découvert que lorsqu'on se casse la jambe, il est plus difficile pour le malade de traverser la rue, plus facile pour le médecin d'aller à la rencontre du malade sur le trottoir. Pourquoi pas, pour la psychiatrie, aller vers ces malades lorsqu'ils sont dans la rue ? Nous sommes dans un pays où l'on admet des zones de non-soins comme la prison, la rue.

- De quoi rêvons-nous ?
 - avoir suffisamment étudié le problème pour dresser une typologie du malade psychiatrique grand précaire en danger vital dans les mois à venir, sur lequel nous allons nous appesantir,
 - que celui qui le prend (associatif ou psychiatre) puisse bénéficier immédiatement de l'apport de tout le réseau, que le psychiatre ait une certitude de sortie de soins de cet homme, l'associatif de prise en soins dans sa globalité.
- Conclusion
 - pour nous, la précarité est une réalité, pour vous aussi, mais ce n'est pas admis par tous, c'est un message que nous pouvons continuer à diffuser,
 - cette précarité est structurelle, elle n'est pas le fruit du hasard. Elle obéit à des mécanismes. On la produit très bien sur le plan national et mondial, il va falloir vivre avec. Nous nous occupons des conséquences, c'est-à-dire rien. S'occuper des mécanismes et les inverser c'est de la politique, nous souhaitons qu'elle s'attaque à ces mécanismes.

Je conclurais par cette phrase de Konrad Lorenz : *Entre le singe et l'homme, le chaînon manquant c'est nous* : pour chaque individu nous balançons toujours entre bestialité et humanité. Chaque société bascule toujours entre sa brutalité et son humanité. Il nous appartient de pousser le curseur vers le haut.

Vous nous avez permis en nous invitant aujourd'hui de parler de ce sujet. Changer son regard c'est s'approcher des gens, les toucher, changer ses pratiques. Quand on regarde quelqu'un autrement, quand on le touche, quand on agit autrement envers lui, cela a un nom mais c'est un gros mot dans un colloque : c'est aimer.

LA PRECARITE NE FAIT PAS LA DEPRESSION, MAIS ELLE Y CONTRIBUE !

Je me demandais au départ les raisons d'avoir été invité ici. J'ai vu qu'il y avait beaucoup de psychiatres, d'où une certaine timidité. Mais je comprends mieux maintenant puisque j'étais responsable du service unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences de Nice, puis je me suis occupé de l'équipe mobile de gérontologie. Nous verrons qu'il existe des rapports entre la gérontologie et la précarité et souvent, en changeant les termes, on se retrouve dans les mêmes situations de blocage médicosocial. J'ai été alcoolologue, je me suis occupé de souffrance, de douleur. Et ma mère était infirmière psychiatrique à l'hôpital d'Ajaccio. Je comprends pourquoi vous m'avez laissé la parole aujourd'hui.

Je vais vous parler du centre hospitalier universitaire de Nice et de sa permanence d'accès aux soins de santé. C'est l'un des plus grands centres d'urgence de France, c'est-à-dire 300 entrées par jour. Mon sujet est la souffrance psychique et je peux vous assurer que sur les 300 entrées on compte 300 souffrants psychiquement, dont vingt à vingt cinq SDF par jour, en grande précarité, l'alcoolisme, etc. Le chef du centre d'accueil psychiatrique est présent mais il y a environ vingt intoxications médicamenteuses volontaires (IMV), tentatives de suicide par jour. Il faut être très précis sur le terme de précarité dès le départ et savoir de quelle précarité il s'agit. En effet, les filières sont complètement différentes en fonction de la précarité.

Nous avons un service de polyclinique antérieur à la PASS, un effort de ce CHU vis-à-vis de la précarité : un service de consultations mis en place depuis 1997 sur la précarité, la prise en charge médicale, trouver des médecins cohérents dans une prise en charge du précaire, différente de celle des urgentistes assez pressés dans le temps pour prendre en charge tous les problèmes somatiques.

- la PASS

- une écoute,
- un accès aux droits pour tous, à tous les soins, toutes les spécialités à l'intérieur d'un CHU et c'est ce que nous essayons de favoriser,
- une triple expertise, ce n'est plus un médecin qui ne connaît rien au social, une assistante sociale qui ne connaît rien à la médecine, une infirmière entre les deux, mais un partage de compétences pour intervenir qui permet de débrouiller des situations avec les compétences de chacun, ce qui aurait été impossible unitairement.

- la problématique

La seule action que nous pouvions avoir en dehors du financement c'est le travail en réseau. L'hôpital peut intervenir mais ne pourra pas aider dans toute la ville la prise en charge de la précarité et surtout engendrer une continuité des soins. C'est en ce sens que nous avons rencontré pendant des années les associations de la ville (SAMU social, Médecins du Monde, Médecins sans Frontières...), une trentaine environ, qui avaient déjà été rassemblées par une seule association antérieurement. Nous nous voyons une fois par mois pour faire des staffs communs. Nous envisageons des procédures de prise en charge et de continuité des soins qui permettent d'améliorer la communication ville/hôpital puisqu'on a toujours dit que l'hôpital n'écoute pas la ville et que la ville ne répond pas aux attentes de l'hôpital. Par des fiches de liaison et surtout par le téléphone, nous arrivons à gérer des situations, trouver des solutions entre nous.

Nous n'avons pas résolu le problème de l'hébergement, et vivre dans la rue n'est pas bon, crée une souffrance psychique, tout comme celui de la nutrition pour tous, c'est un autre espace.

Au niveau d'une continuité de soins, nous sommes arrivés à instaurer la plupart du temps une situation qui est pérenne.

- le terme de souffrance psychique est toujours compliqué. Comment s'inscrire dans sa prise en charge ? Pour qui ? Pour quoi ?

Je ne parle pas des troubles mentaux. En tant que responsable d'unité et chef de service en gérontologie, ils sont une part précise, une sectorisation, des médecins vont s'en occuper. Je parle de souffrance psychique. Comment la déterminer aux urgences, la prendre en charge, ce qu'on va en faire, comment répondre aux attentes des aidants qui envoient des patients parce qu'ils ont diagnostiqué une « souffrance psychique » ? C'est surtout cette attente qui est difficile à aider.

- le précaire : un gros problème avec la stratégie de la précarité

Nous avons beaucoup de mal à créer un rendez-vous. On connaît cela avec le toxicomane. La plupart du temps, quelqu'un à la PASS accompagne le patient. Quand c'est un toxicomane, il passe avant les autres parce qu'il ne va pas rester plus d'une heure, par exemple. Nous essayons de trouver des schémas qui fonctionnent.

- la difficulté de mise en place d'un projet de soins et de suivi chez quelqu'un qui vit au jour le jour

Nous ne sommes tolérables que si nous allons à leur rythme. Si nous accélérons, plus rien ne fonctionne. C'est une population assez compliquée qu'il ne faut peut-être pas trop stimuler.

- la fragilité du lien thérapeutique
 - o ces gens veulent-ils être renvoyés à leur vie psychique ? Je ne le pense pas.
 - o nos objectifs sont-ils les leurs ? Je ne le crois pas. Le projet de soins n'est-il pas fondé sur nos objectifs ? Diminuer nos attentes nous aiderait dans la prise en charge.

J'entends le terme de souffrance psychique mais il ne faudrait pas qu'elle devienne pathologique. C'est une prise en charge globale, plus un étalement qu'une prise en charge psychiatrique ; mais tout le monde l'a dit, c'est important.

- l'arrivée aux urgences

La phase aux urgences de l'arrivée du précaire avec le représentant de l'association, avec lequel nous avons de bons rapports, qui nous dit : *Il n'est pas fou, mais il n'est pas bien*, est très compliquée. La visite chez le psychiatre est la première donnée, il faut le voir pour s'en sortir. Nous essayons de demander si c'est un problème d'hébergement mais il veut voir le psychiatre. Souvent la réponse de celui-ci est compliquée, pas bien reçue et c'est à nous de trouver d'autres systèmes de fonctionnement. Je vous avoue que parfois nous hébergeons dans des soins de suite et réadaptation des précaires parce qu'il faut les mettre « au vert », trouver une solution dans la continuité des soins, ce qui n'est pas vraiment la solution.

N'y a-t-il pas un désespoir des aidants qui essaient de trouver d'autres solutions ? C'est un problème. Je ne voudrais pas poser de polémique, mais souvent il y a une dépression,

une souffrance des aidants peut-être aussi à prendre en charge, c'est-à-dire des acteurs sociaux de premier plan.

- en conclusion :
 - o il ne faut pas mélanger souffrance psychique et pathologie mentale,
 - o il faut prendre en note l'angoisse du psy par rapport à cette pression, la demande sociale,
 - o la population augmente, nous avons moins de lits, ne va-t-on pas nous habituer à vivre avec de la psychiatrie en ville, des gens malheureux ?

Il ne faut pas confondre précarité jumelée à souffrance psychique. Une prise en charge multifactorielle doit être mise en place. Les équipes mobiles y répondent. Nous avons une PASS, une équipe pluridisciplinaire qui n'est pas mobile et à Nice, nous avons fait la demande d'une équipe pluridisciplinaire de santé mentale qui nous permettrait d'aller au-devant des patients en ville et des associations pour essayer de mettre en place une évaluation sur le terrain vis-à-vis des aidants et du patient pour créer un projet cohérent.

Régine CHEYREZY
PASS Montpellier

DES INDICATEURS INQUETANTS

Je ne vais pas vous parler de la PASS de Montpellier qui est particulièrement sous dimensionnée par rapport aux autres villes, mais du travail qui a été élaboré à partir du service social du CHU de Montpellier autour d'indicateurs très inquiétants. En effet, nous avons pu lister les dysfonctionnements qui vont arriver à partir de 2009/2010 sur des problèmes d'ouverture de droits au niveau national. Avant, une personne gardait la CMU de base pendant quatre ans. Aujourd'hui ce sera un an : dès qu'elle sera en situation de précarité – dès qu'elle est sur un petit boulot – il faudra qu'elle donne à la Sécurité Sociale les justificatifs de ses ressources et son identité. Toutes les personnes qui travaillent dans le secteur de la précarité savent que ce sont des documents impossibles à garder sur soi, impossibles à fournir. Ils n'auront donc pas le laissez-passer pour accéder aux lieux de soins.

La précarité est pour nous ce que le Prix Nobel d'économie avait défini comme un concept, la capabilité, concept sur lequel nous nous appuyons pour savoir si une personne n'est plus en situation de choix. Le Haut Commissariat aux Solidarités Actives le définissait il y a deux ans autour du RMI, de l'API, alors qu'aujourd'hui les chiffres du service social tournent autour de 1.200 euros pour perdre sa capabilité, c'est-à-dire choisir son soignant, son médecin, son mode de vie. Il faudra faire le choix entre se nourrir ou se soigner.

A partir de ces éléments nous avons répondu à un appel à projets avec des indicateurs : pour la psychiatrie par exemple, sur un service d'accueil de santé mentale classique, 37% de personnes en plus, sans domicile fixe. Certains services accueillent des pathologies qui démontrent qu'il y a une désaffiliation des personnes, un abandon des aidants naturels et au moment de la sortie, il n'y a plus personne. Celui qui, à l'entrée, avait un domicile sécurisé par un tiers n'en a plus.

L'idée du projet de recherche est de faire du lien entre la ville et l'hôpital et de s'appuyer sur les médecins généralistes et les usagers – puisque je n'ai pas entendu parler aujourd'hui les représentants des usagers (et sans eux tout est impossible) et les

médecins de ville, les premiers qui ont l'information – pour recueillir l'information. Ils sont d'accord sur cette nouvelle définition de la précarité puisque les personnes qu'ils reçoivent dans leurs cabinets disent ne plus pouvoir faire les examens de laboratoire, acheter les premiers traitements.

Une saturation donc des urgences et les chiffres des urgences de Montpellier sont sensiblement égaux à ceux de Nice, si ce n'est au-delà. Avec des personnes refoulées par les urgentistes puisqu'elles relèvent de la médecine de ville mais elles ne peuvent plus payer la consultation, les examens. On retrouve en hospitalisation des situations dégradées sur le plan sanitaire, largement à la sortie sur le plan social puisqu'un service de neuro-pédiatrie peut être facturé 1.600 euros par jour. Pour un enfant hospitalisé quatre jours avec une maman seule qui travaille, ce sera un ticket modérateur d'environ 2.000 euros. Et si elle n'était pas précaire à l'entrée, elle le sera à la sortie.

Nous avons commencé notre expérimentation. Nous devrions en avoir les résultats dans dix huit mois. Ils permettront d'avoir – puisque nous nous sommes appuyés pour notre mode de recherche sur le DIM, avec des médecins spécialistes et urgentistes – une idée précise de ce qui nous attend dans les deux ans à venir. Et j'ai peur que malheureusement notre travail soit un métier d'avenir.

Eric SCHNEIDER

Responsable de l'association ACCES

LE COUNSELLING :

QUELLE CONTRIBUTION DANS LE DISPOSITIF DE SANTE MENTALE ?

Je suis conseiller de formation parce que je suis entré dans le secteur en Angleterre. Le counselling est une approche anglo-saxonne psychothérapeutique reconnue dans la majorité des pays du monde, qui commence à l'être en France. Nous avons été amenés à intervenir de façon double : une demande de Vincent Gérard de prendre en charge par le biais du counselling des personnes dans le cadre de comorbidité, pathologie psychiatrique, addictions. Mais aussi dans le cadre de projets, nous travaillons à la lutte contre le VIH. Nous avons rencontré des gens concernés par celui-ci, par les addictions, des problèmes de santé mentale. Nous nous sommes donc retrouvés à travailler avec le service du professeur Neuvin et du professeur Lançon.

La demande était qu'ACCES apporte une approche psychothérapique complémentaire à ce que pouvait apporter l'hôpital dans son cadre classique, du fait que les personnes n'arrivaient pas à s'inscrire à des psychothérapies classiques offertes à l'hôpital.

L'un des principes du counselling est le regard positif inconditionnel, c'est-à-dire penser que la personne en face de nous a le potentiel non seulement d'identifier ses problématiques, mais aussi les solutions, celui de les appliquer. En tant que psychothérapeutes accompagnants, nous ne faisons que les accompagner dans cette démarche.

On a indiqué ce matin qu'on peut confondre certains mots qui pourraient nous amener à poser des diagnostics trop rapides. En effet, les gens arrivent chez nous et quand on leur demande ce qui les amène, la réponse est : *Je suis névrosé obsessionnel*. Ce ne sont pas des termes que j'emploie, qui appartiennent à mon vocabulaire professionnel. Je leur demande qu'ils me parlent d'eux, avec leurs mots, et au départ il y a une espèce d'étonnement. Quand on parle de représentations, ce ne sont pas seulement celles que

nous avons sur les autres, particulièrement sur les patients psychiatriques qui souffrent de troubles mentaux, les toxicomanes, les grands précaires, les SDF, les alcooliques, mais aussi les étiquettes qui seront collées et que les gens vont s'attribuer. C'est ce qu'ils attendent, ce qu'ils pensent que nous attendons d'eux.

Un travail enrichissant a été fait avec les équipes de psychiatrie de rue. En effet, au départ, il y avait une difficulté avec les rendez-vous. Nous leur avons expliqué qu'ils avaient un temps pour eux, entre cinquante minutes et une heure, pendant lequel ils avaient la garantie d'être écoutés, que ce temps leur appartenait. On donne un rendez-vous à quelqu'un pour contrôler son état. Lui donne-t-on un rendez-vous pour savoir s'il suit bien son traitement, s'il est en bon processus de rétablissement ? Donne-t-on un rendez-vous pour s'asseoir avec lui, pour l'écouter, l'accompagner, voire rebondir avec lui ? Quand ils ont compris que nous offrons un temps complètement pour eux, et pas pour faire plaisir aux professionnels, ils viennent sans aucune problématique.

Il ne s'agit pas de mettre en opposition des approches différentes mais de parler de complémentarité. Le counselling ne se substitue pas à la psychologie proposée en milieu hospitalier ni au suivi psychiatrique. Nous ne sommes pas médecins, nous n'établissons pas de diagnostic, nous ne prescrivons pas. Le counselling est de l'ordre du psychosocial. Rodgers dit bien que lorsqu'on accompagne une personne, on ne peut pas la dissocier du collectif. Et quand on parle de grande précarité, de son évolution, de troubles du lien social, il est très important que lorsqu'on accompagne des personnes on ne s'arrête pas à chercher ce qui ne va pas, mais à envisager avec elle les perspectives de lien social, de développement social.

Nous avons reçu des personnes schizophrènes, on dit que c'est une maladie du lien social. Un travail énorme s'est engagé très rapidement sur la reconstruction du lien social, de la recherche du lien social. Tant que nous resterons dans les représentations, dans des peurs de ce que peut être la « maladie », dans des offres de soins dont on pourrait se demander si elles en sont réellement, nous aurons du mal à apporter des solutions.

Nous sommes une petite association qui travaille en réseau avec des associations de logement, des médecins généralistes, etc. Quand nous nous attachons à la personne, à lui rendre sa place dans le collectif, nous pouvons voir un travail important se faire, partagé avec tous nos partenaires.

ALLER VERS LES PERSONNES EN SOUFFRANCE

Je représente l'équipe mobile de la santé mentale précarité d'Aix en Provence et j'aimerais en quelques minutes vous présenter notre travail, surtout mettre l'accent sur quelques aspects qui en font la particularité.

Nous sommes une équipe employée par l'hôpital psychiatrique depuis quatre ans, et pendant les deux premières années de son fonctionnement, nous étions un infirmier, une assistante sociale à temps plein, un médecin généraliste, une journée par semaine. L'équipe s'est étoffée il y a deux ans avec l'arrivée d'un deuxième infirmier à temps plein, d'une psychologue, d'un psychiatre à mi-temps.

Notre mission première est de favoriser, de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique sur les territoires d'Aix en Provence et de Salon. Précarité au sens défini ce matin par le docteur Furtos, la mauvaise précarité qui combine des situations d'isolement, de méfiance, une définition qui nous convient tout à fait, dans laquelle nous nous retrouvons.

Nous allons à la rencontre des personnes en situation de précarité à la fois par un travail de rue et par un travail en partenariat avec quelques structures comme des centres d'hébergement, une structure d'accueil de jour, une structure d'accueil et d'accompagnement sur le plan social des personnes en situation de précarité.

Nous sommes amenés à rencontrer ces personnes où elles se trouvent : dans la rue, dans des centres d'hébergement, dans une structure d'accueil de jour, au SAO et même au domicile à partir de signalements faits par des travailleurs sociaux.

Je voudrais m'attarder davantage sur cette rencontre, en donner rapidement les contours, les ingrédients. C'est du temps. Nous prenons le temps sinon rien ne se passe et c'est un intérêt réel pour l'autre, pour ce qu'il vit, avec une écoute de tout ce qui nous est livré : des préoccupations matérielles, une souffrance physique, psychique sur le lieu où il se trouve. L'objectif est de créer et de tisser un lien, ce n'est pas d'évaluer, de soigner, c'est se rencontrer.

Quand il s'agit du travail de rue, notre présence répétée est importante sur des créneaux bien identifiés qui ont pour effet de faire en sorte que nous fassions partie du paysage. Les personnes que nous rencontrons rapidement sont en souffrance, elles l'expriment rarement d'emblée. Elles vivent dans des conditions complexes, avec des scènes de violence qui ne sont pas rares, l'alcool qui permet de supporter, d'oublier les conditions de vie, d'être en relation aussi. Parfois des personnes qui présentent des dépressions, des états délirants, de dissociation, d'égarement lorsqu'elles vivent dans la rue depuis un certain temps vont construire des repères, des modes de vie qui vont donner un sens à cette existence. Elles ont souvent subi des maltraitances flagrantes dans leur enfance sous forme de violence, d'abandon, elles ont une fragilité palpable dont elles se protègent de la façon dont elles peuvent.

Nous sommes des soignants. Au-delà de la rencontre, nous avons à évaluer les besoins de santé des personnes que nous rencontrons. Cette évaluation clinique a de particulier qu'elle s'appuie sur les éléments du contexte. Elle prend en compte la personne dans sa globalité, son quotidien de vie. Ce sont souvent des indices qui vont nous permettre de

comprendre, de poser un diagnostic quand nous arrivons à en poser un. Des changements d'habitudes, une dégradation physique, un laisser-aller sur le plan de l'hygiène, un arrêt de l'alimentation ont valeur de symptômes.

Cette évaluation se fait dans la rue qui devient un cadre professionnel de soins dans lequel nous avançons avec des repères qui lui sont propres. Lorsque les personnes que nous rencontrons, que nous accompagnons, ont besoin d'une hospitalisation, nous sommes amenés à des incompréhensions avec nos collègues. Les indicateurs qui nous ont permis de poser une indication d'hospitalisation, d'amener la personne vers l'hôpital sachant qu'il faudra peut-être des semaines, des mois, voire des années, ne sont plus alors présents. Nous sommes souvent dans des situations d'incompréhension ; nous avons fait parfois des erreurs, le moins possible, par rapport au syndrome d'auto-exclusion que nous avons pu présenter parfois comme des états dépressifs. Il pose cependant la question du rôle de l'hôpital pour des personnes au bord de la mort, déprimées ou désespérées, pour lesquelles il a un rôle à jouer. C'est une question que nous travaillons beaucoup, qui n'est pas simple.

Après ces quelques années de fonctionnement, nous nous rendons compte que nous sommes amenés à accompagner les personnes que nous rencontrons dans la durée et je le dis parce que notre mission au départ vise l'accès aux soins. Et ce n'est pas facile, même en prenant le temps et en étant auprès d'elles, de les orienter vers le dispositif existant. Et ce pour des raisons évoquées, liées au manque de souplesse, aux difficultés du dispositif, et je parle notamment des CMP, à s'adapter à ce public du fait des horaires, des listes d'attente, etc., alors que nous avons une souplesse, une réactivité qui nous permettent d'intervenir.

Nous devons faire attention car nous avons toujours à préciser notre rôle. Un collègue a évoqué les demandes d'interventions en urgence, pour nous c'est toujours, nous ne sommes cependant pas le SAMU psychiatrique et cette réactivité a ses revers. Les freins à cet accès aux soins sont aussi liés à la personne, à la peur que peuvent représenter les soins, les changements qu'ils impliquent.

Quand nous rencontrons quelqu'un, qu'il y a de l'ordre d'une reconnaissance mutuelle, d'une confiance, d'une demande d'être aidé, guidé vers autre chose, parfois nous orientons, mais souvent nous accompagnons dans la durée, le temps nécessaire. Quand nous sentons qu'un lien se tisse, aussi ténu soit-il, il est précieux de le maintenir et de continuer l'accompagnement.

GRANDS TEMOINS

Jean NAUDIN

Chef de service psychiatrie CHU de la Timone - Marseille

Je vais être très bref pour synthétiser les impressions que j'ai eues ce matin en tant que témoin. Monsieur Chappellet a dit que nous venons d'origines et de disciplines différentes et que nous aurions à concilier des théories différentes biologiques, sociologiques, psychologiques. Et vous avez déjà vu à l'œuvre pour le psychologique et le social comment nous avons discuté. Or, la médecine, comme le social, ont fonctionné jusqu'ici sur une erreur : concevoir un modèle bio-psycho-social qui additionnerait le biologique, le psychologique et le social comme si par exemple on pouvait additionner les subventions du Conseil Général et du Conseil Régional.

C'est ce que nous faisons tous et nous voyons bien la difficulté à additionner ces deux institutions manifestement d'origines différentes. La question est celle de leur rapport et il est complexe. L'humain n'est pas une addition du biologique, du psychologique et du social mais de la complexité de leur interaction, de l'interface. Lors de la table ronde nous en avons vu une illustration très claire parce que chacun a parlé du quotidien. La seule interface possible, à partir de laquelle nous devrions penser nos actions sont les actions dans la vie quotidienne. Et en ce qui concerne les personnes en grande précarité, ce ne peut pas être dans un bureau, ce que nous avons entendu à plusieurs reprises à partir de pratiques chacune très différentes, nées de la spontanéité d'un réseau est qu'il faut bricoler, aller à la rencontre des gens, travailler dans la rue et non pas dans un bureau.

Et nous sommes tous dans ce cas des travailleurs sociaux. Nous tous réunis ici, y compris les psychiatres sommes d'abord des travailleurs sociaux et c'est en tant que tels que nous devons penser le reste. C'est une conception de la vie quotidienne comme une interface entre la psycho et le social, entre moi et autrui.

Malgré tout, ce qui est apparu dans les interventions de nos divers collègues est qu'ils n'avaient pas une conception élevée de certains travaux, que leur discipline avait une forme de noblesse et que d'autres basses tâches étaient réservées, parce que déclarées ignobles, à d'autres. Très souvent, si nous ne nous entendons pas, c'est que les psychiatres considèrent que le travail social peut être délégué à des travailleurs sociaux. Mais s'il y a dysfonctionnement de l'autre côté, c'est que les travailleurs sociaux ont l'impression que le psychologique n'est pas le plus noble de leur tâche. Notre point de rencontre se situe dans cette interface qui n'est pas une addition. Et Monsieur Furtos nous engage à penser la différence entre la précarité et la pauvreté, c'est déjà penser une zone d'insécurité qui nous concernerait tous.

Le point commun est que les personnes se sont rendues là où il y avait des problèmes. On a évoqué le problème des urgences, de l'amont et de l'aval et s'il n'y a rien de pensé en ce sens, c'est simplement parce que les urgences sont dans la vie quotidienne une dépendance de la rue. Quand les bars sont fermés, on atterrit dans les urgences ; quand on ne sait plus où aller, on va aux urgences. C'est à partir de cette vie quotidienne, de la façon dont les relations s'organisent spontanément que l'on bricole et ce n'est pas en faisant l'inverse.

INTERVENANTS

Florence BOUILLON

Socio-anthropologue, spécialisée sur les thèmes de la ville et de l'habitat

LA NOTION D'HABITER

Je suis actuellement rattachée à un laboratoire des Hautes Etudes en Sciences Sociales (SHADYC) qui se situe à la Vieille Charité à Marseille.

Je voudrais à mon tour remercier les organisateurs de me permettre de restituer une partie de mon travail, d'en discuter. Mon propos résulte d'un travail de doctorat qui s'est achevé en 2007, qui a porté sur les squats à Marseille, des bâtiments occupés illégalement. Travail qui se prolonge actuellement dans le cadre de différents contrats de recherche portant notamment sur la question des discriminations ethniques dans l'accès au logement.

Ce travail a été entrepris dans une démarche classique de l'anthropologue c'est-à-dire d'enquête de longue durée de près de dix ans avec une méthode ethnographique : par observation directe de la vie dans les squats, fréquentation de longue durée des personnes qui y vivent et des temps de résidence où j'ai habité dans certains squats pendant quelques semaines. Ils se situent pour l'essentiel dans le centre de Marseille, dans les quartiers du Panier, autour de la rue de la République, du Chapitre, de Belsunce et Félix Piat.

Ma démarche est compréhensive. Le point de départ est de comprendre ce que constitue l'expérience du squat, de ce mode d'habitat du point de vue de ses habitants. Il s'agit autant que faire ce peut de se départir d'un certain nombre de prénotions, de perceptions, de catégories de ce type d'habitat qui sont a priori plutôt négatives pour être au plus près de la manière dont les habitants parlent de leur vie dans cet habitat extrêmement précaire, vivent au quotidien cette situation de squat. Il s'agit en grande partie d'être centré sur le point de vue des habitants.

La problématique qui sous-tend ce travail était de savoir dans quelle mesure le squat permet ou non de construire un habiter, les paramètres qui favorisent ou défavorisent cet habiter. Par habiter, j'entends une relation symbolique à l'espace qui permet de maintenir une forme de continuité de soi, de son expérience. Habiter c'est être en mesure de se projeter dans un espace domiciliaire, de le constituer comme un chez-soi. C'est donc pouvoir s'approprier un lieu, l'aménager, l'investir, s'y projeter subjectivement, bénéficier d'un espace d'intimité, d'un espace soustrait du regard des autres. Et cette production d'un chez-soi, d'une intimité est aussi la condition de la relation à l'autre.

Marc Breviglieri, sociologue qui travaille sur cette question de l'habiter, dit que le domicile est *ce qui permet de s'engager dans le monde*. Dans cette belle formule on comprend que le domicile est le lieu de l'intime, du soi, du recueillement, du face-à-face avec soi-même, du lien familial, mais c'est aussi à partir de cet ancrage que peut s'entretenir, se cultiver une relation à autrui.

Un premier constat résulte de ces enquêtes de terrain : le squat est avant tout un logement contraint qui entrave à bien des égards la production de cet habiter. Dans leur immense majorité et au-delà de la grande diversité des squats, les personnes qui y vivent pour des raisons variées n'accèdent pas au logement. Les squatters sont d'abord et avant tout des mal-logés. Nous sommes face à des fragilités personnelles et à des mécanismes structurels de production de l'exclusion du logement, notamment cette inadéquation entre une offre et une demande, non pas comme dans l'après-guerre une insuffisance du nombre de logements mais la cherté, l'inaccessibilité du logement pour une partie croissante de la population qui connaît des revenus régressants.

On trouve donc dans les squats les groupes sociaux les plus affectés par des formes de pauvreté économique mais aussi par des processus de stigmatisation : migrants nouvellement arrivés, personnes sans papiers mais aussi étrangers ou personnes perçues ainsi, discriminées dans l'accès au logement, travailleurs pauvres de plus en plus nombreux, bénéficiaires du RMI, chômeurs, personnes en situation de chômage de longue durée, présentant des problématiques liées à l'addiction ou aux troubles psychiques, parfois toutes ces difficultés peuvent se surajouter.

Le squat est un analyseur assez fort des formes diverses et polymorphes de la vulnérabilité sociale contemporaine.

Pour revenir à la question dont se vit le squat au quotidien, il faut d'abord dire que c'est un habitat dans une large mesure très insatisfaisant du point de vue des habitants. Il est rarement un habitat choisi, il est contraint, et la vie est caractérisée par l'instabilité, une peur permanente de l'expulsion, de la répression qui rendent la vie au quotidien extrêmement fragile, pénible. La tension psychique est peut-être ce qui caractérise la vie dans les squats de la manière la plus immédiate quand on y vit, quand on rencontre les habitants. Cette tension est due à l'instabilité et à l'incertitude comme étant le fondement d'une forme de précarité et de vulnérabilité sociale.

Instabilité d'un logement dont on ne sait pas combien de temps on va pouvoir y rester. Incertitude face au lendemain et à la manière dont on va pouvoir se recomposer un habitat à la suite d'une expulsion que l'on sait quasiment fatale dans l'avenir. Avec un sentiment d'inconfort moral face à une société qui disqualifie très fortement la situation de squat, qui rend les habitants, conscients de cette disqualification, avec un sentiment d'illégitimité très fort, de difficultés à se présenter comme habitant dans ce type de logement. L'expérience du squat peut s'apparenter à une expérience douloureuse, une épreuve, un moment souvent d'intense souffrance sociale et psychique.

La surprise qui fut la mienne sur ces différents terrains fut de remarquer à de multiples reprises que les habitants développaient un sentiment fort d'attachement aux lieux dans lesquels ils habitaient, des bâtiments souvent vétustes, l'inconfort étant évidemment une dimension supplémentaire de l'insatisfaction relative au logement, et des modalités très fortes d'appropriation de l'espace.

Sur quoi repose cet attachement, ces modalités d'appropriation ? Sur le fait que le squat, malgré cette fragilité intrinsèque, revêt un certain nombre de qualités qu'il est difficile a priori d'appréhender sans passer du temps auprès de ses habitants, dans ces espaces.

Elles relèvent :

- de la possibilité d'organiser son espace de la manière qui convient c'est-à-dire l'aménager, l'organiser, distribuer les pièces d'une manière autonome, être « dans ses meubles »,
- de pouvoir aussi vivre dans des proximités choisies, tout simplement en famille mais éventuellement aussi avec des pairs que l'on a élus et non pas dans des promiscuités imposées par d'autres types d'organisations, des formes institutionnelles de l'habitat,
- de la possibilité aussi d'y vivre seul, ce qui est capital pour des gens qui ont notamment connu de longues périodes d'hébergement collectif,
- d'être accompagné d'animaux, ce qui n'est pas toujours le cas,
- on peut organiser son temps et sa temporalité quotidienne à sa guise et c'est une dimension cruciale de l'autonomie,
- décider de son rythme et de son mode de vie,
- cuisiner et c'est une dimension très importante c'est-à-dire l'appropriation du logement mais aussi de sa vie quotidienne, de sa nutrition,
- recevoir et cette hospitalité est éminemment importante dans une situation où dans d'autres configurations l'accueil de l'autre n'est pas possible alors que dans beaucoup de squats il est possible d'accueillir, d'héberger un membre de la famille, un ami de passage, etc.

En offrant l'hospitalité, en cuisinant on se trouve dans la position de donner quelque chose alors que la situation de vulnérabilité, de précarité sociale induit souvent des postures en permanence de la demande. Rendre est tout à fait constitutif d'un rapport à soi, aux autres retrouvés.

Enfin, autre ressource des squats sur lesquels j'ai travaillé, qui se situent dans l'hyper-centre : être une ressource de proximité. On peut habiter dans un espace qui est celui de la centralité, d'une accessibilité aux diverses structures, aux lieux du loisirs et du tourisme, avec le Vieux Port, le sentiment d'être dans la ville tout en étant des espaces de familiarité, des espaces populaires, dans lesquels on ne se sent pas déplacé, où l'on peut tisser des liens avec des voisins, des commerçants, parler la langue qui est la sienne. Une importante ressource de proximité et le déplacement de squatters qui sont expulsés en-dehors de ces quartiers centraux dans lesquels se sont construits et tissés des réseaux sociaux très importants est vécu comme une souffrance, une violence.

Le squat est riche d'enseignements en ce qu'il montre que des formes interstitielles de logements et d'habitats peuvent être des lieux ressource souvent invisibles à l'observateur pressé.

Il pose de plus des questions particulières en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles psychiques importants et pas seulement de la souffrance psychique qui à mon sens nous concerne tous plus ou moins à différents moments de notre vie. Inutile de démontrer que les populations souffrant de troubles mentaux sont particulièrement affectées par la vulnérabilité et notamment l'errance avec une forte prévalence de personnes dans la rue connaissant des troubles psychiques importants.

Autre difficulté : la question du trouble peut interagir avec la faculté à habiter et si le squat interpelle d'abord la question du logement, notamment du droit du logement opposable, il pose aussi celle beaucoup plus complexe d'un habitat adapté. Le trouble psychique en effet induit un trouble de la perception de soi, avoir des difficultés à s'habiter soi-même c'est ensuite avoir des difficultés à habiter un espace. Avec tous les processus de stigmatisation évoqués précédemment, autant de paramètres qui rendent la question de l'habitat et de l'habiter des personnes souffrant de troubles psychiques particulièrement aiguë et complexe.

On comprend donc que l'habiter ne se confond pas avec le logement et que si le squat comme la question du logement de manière générale, induit d'abord une réponse en termes de construction de logements ordinaires, et notamment sociaux, il existe toute une partie de la population, notamment les personnes atteintes de troubles psychiques, pour laquelle la question de l'habitat revêt une complexité particulière.

Dans ce cadre, nous avons dit que l'action publique et les professionnels de manière générale sont amenés à inventer, à bricoler, à être en permanence dans la recherche de solutions expérimentales et innovantes. Il faut résoudre une tension entre par exemple vie collective et isolement et Hermann Handlhuber me disait à quel point la question de l'isolement est un frein à toute dimension de réinsertion. Mais la vie collective peut aussi être très aliénante pour un individu qui ne trouve plus d'espace où se construire.

Il faut résoudre une autre tension entre autonomie du sujet et accompagnement social puisque l'accompagnement peut et doit se faire en mettant au centre l'utilisateur mais aussi dans un projet d'émancipation. En ce sens et pour conclure, j'appellerai à être particulièrement attentifs à des expériences qui émergent, notamment celle qui est en cours aujourd'hui à Marseille au squat de la rue Curiol. qui n'est plus tout à fait un squat puisque nous sommes face à un lieu de vie qui tente des actions passionnantes sur le plan de l'innovation dans le décroisement du social, du sanitaire et de bien d'autres domaines dont on a souligné l'importance ce matin dans la manière dont des interactions avec les pouvoirs publics locaux et même nationaux peuvent produire des formes de reconnaissance. Enfin, par des processus d'émancipation, d'autogestion, les habitants doivent être au cœur de ce type de projets.

Changer les regards c'est aussi parfois sortir d'un prisme de lecture où l'illégalité, la marginalité recouvrent un certain nombre de réalités autres et d'expérimentations en train de se faire, d'innovations absolument cruciales pour que des personnes puissent retrouver des ressources. Dans ce bricolage, ces innovations complexes, des inventions permanentes et quotidiennes mettent les professionnels dans des questionnements tout à fait importants, il y a une dimension politique forte de volonté d'entendre, reconnaître et parfois légaliser ce type d'innovation, d'expérimentation, de lieux illégaux. Pari global, pari difficile à tenir mais pourtant indispensable à la construction, à la reconstruction d'un habiter des personnes en situation d'extrême vulnérabilité.

Samuel COPPENS

Direction de la Fondation Armée du Salut - Marseille

LA RESIDENCE ACCUEIL, LIEU DE VIE ET DE TRANSITION PARTENARIAL

Je voudrais commencer par une phrase de Victor Hugo : *La vie, le malheur, l'isolement, l'abandon, la pauvreté sont des champs de bataille qui ont leurs héros, parfois obscurs, en tout cas souvent plus grands que nos héros illustres.* C'est un peu ainsi que nous voudrions envisager le travail tel que nous le faisons dans la poursuite de ce que nous avons engagé il y a 150 ans maintenant. Sur Marseille, nous gérons un grand centre d'hébergement qui accueille des hommes, des couples, des pères avec enfants et des familles dont l'objectif est l'accompagnement social, ramener les gens vers un autre ailleurs, en général fait d'autonomie le plus possible, de logement, d'insertion par l'économique, de liens affectifs retrouvés, de comptes bancaires plus fournis.

Il se trouve que chemin faisant, nous accueillons de plus en plus une population pour laquelle nous nous questionnons quant à ce chemin. En 2007, l'Etat a lancé un appel à projets sur les résidences accueil : une maison relais, un habitat durable qui s'adressaient à une population de personnes ayant des troubles psychiques, avec un passé venant de la rue, d'hospitalisation importante et longue, devant s'inscrire dans un partenariat très large.

Pour nous, ce fut une réponse à des questions que nous nous posions, dont nous avons largement entendu parler ce matin : si nous n'y arrivons pas, c'est la faute à la psychiatrie et vice-versa. Tant et si bien que nous faisons tout ce que nous pouvions, mais nous n'avons pas une vision commune suffisante sur les publics accueillis. On nous disait que nous n'accueillions pas suffisamment mais aussi pourquoi accueillir ces personnes, pour les amener où ? La résidence accueil a été une vraie et bonne réponse.

Nous avons dégagé dix studios dans une aile du bâtiment totalement autonome du reste de l'institution, équipés d'une kitchenette, d'une salle de bains, où les personnes pouvaient vivre une certaine autonomie. Nous avons le lieu, nous devons savoir héberger, nous restait à accompagner, vivre avec et nous étions très intéressés en ce sens. Et pour ce faire nous avons cherché du côté de la psychiatrie des personnes qui voulaient répondre avec nous, soutenir cette démarche, prendre leur part de responsabilité.

Il n'a pas été compliqué de les trouver et lorsque nous avons rencontré les hôpitaux avec lesquels nous allions contractualiser, voire même conventionner, nous avons eu plus que ce que nous imaginions, car on ne s'est pas arrêté aux douze personnes que nous allions accueillir mais à la totalité des personnes que nous suivions : une centaine de plus. Nous avons pu ainsi nous former car il fallait arriver à parler des mots qui nous ressemblent, et ce n'était pas simple.

Deux ans après, sur les douze personnes du démarrage, huit sont encore là, trois sont reparties dans du logement autonome, une personne avait disparu, le psychiatre qui l'a suivait l'a vu réapparaître ; elle était retournée en famille et ce fut mieux perçu pour nous. Nous avons donc pu proposer à nouveau des places à d'autres.

Un dispositif de douze places dans une ville comme Marseille, c'est peu, mais nous avons tenté. Ces personnes venaient de la rue, d'hospitalisations très longues, éventuellement de dispositifs d'accueil d'urgence, elles étaient enracinées dans ces dispositifs. Le pari de leur donner un habitat de qualité nous questionnait non pas sur ce qu'elles allaient en faire, parce que c'était leur décision, mais sur la façon dont nous pourrions les soutenir et les aider dans cette démarche.

Nous avons essayé de faire vivre un lieu semi-collectif, ce qui faisait partie du cahier des charges qui a de l'intérêt pour certains, aucun pour d'autres, peu importe. L'important est d'avoir la chaussure au pied de la personne. L'action sociale que nous menons pour notre part ces derniers temps est de construire, de créer, de profiter de ce qui peut apparaître des rencontres. Et aujourd'hui, le prochain projet en train de sortir de terre est un village de cabanons écologiques pour accueillir vingt très grands précaires, des personnes installées dans la rue depuis longtemps, qui ne fréquentent pas ou plus du tout les centres de nuit.

La plupart des réseaux professionnels sont les maraudes. Il nous est apparu intéressant de faire des propositions, forts de nos différentes expériences, parce que nous pouvions nous appuyer sur la psychiatrie, la façon dont elle a engagé le travail auprès de notre établissement au niveau du CHRS, de la résidence accueil, à travers des conventions qui nous disent que chacun est à sa place dans le travail et c'est excessivement rassurant pour le secteur social.

Depuis deux ans nous faisons de moins en moins appel à la psychiatrie en urgence. Savoir qu'elle existe, qu'elle va répondre si besoin, nous a engagés dans des processus de formation très lourds, où nous avons formé quasiment la totalité du personnel de l'institution et pas uniquement les travailleurs sociaux à la question des troubles psychiques. Nous avons mis en place des dispositifs, des procédures qui allaient prévenir au maximum la crise.

Quand tous ces éléments n'arrivent pas à suffire, nous savons que nous pouvons compter sur un collègue et c'est la psychiatrie, un partenaire aujourd'hui efficace. Je suis témoin d'un concept qui peut fonctionner et très bien. S'il y a des ratés de temps en temps, ce n'est pas grave, je ne connais pas ce qui n'a pas de ratés. Je me réjouis de tout ce qui fonctionne et à chaque fois je me dis que l'on a permis une hospitalisation en moins à un moment donné, mais aussi fait des hospitalisations lorsqu'elles devaient être faites, quand les médecins pensaient qu'il fallait aller dans ce sens. L'intérêt de la résidence accueil est que c'est le psychiatre qui accompagne la personne, qui est le fil rouge. Il ne se désengage pas ; il reste répondant, tout comme son équipe, de la personne qu'il rencontre.

Maison relais, logement durable, trois nous ont quittés pour partir dans du logement autonome qui est aujourd'hui le leur. Nous voulons continuer pour libérer des places, même si nous avons déposé auprès de la DDASS un projet pour amplifier le nombre de places réservées à ce public. Mais l'intérêt de ce dispositif réside vraiment dans un partenariat où chacun a sa place, où nous nous rencontrons très régulièrement, où l'hôte de la résidence accueil est une interface du quotidien avec les équipes de soins, les infirmiers à domicile et surtout avec les personnes. En partie, le lien s'est opéré, les gens font des sorties ensemble, ont du vivre ensemble, peuvent aller vers les GEM.

Nous avons une difficulté avec les SAVS et il est intéressant d'en parler, non pas pour critiquer le dispositif sauf que c'est une personne de plus, il y en a beaucoup, peut-être assez. C'est une question sur laquelle nous réfléchissons parce que des personnes entretiennent très bien leur habitat mais pour d'autres, il est à l'image de ce qui les habite dans la tête, et sont des habitations que certains logeurs ne voudraient pas voir.

Après deux ans, ce dispositif n'a engendré aucune exclusion et c'est essentiel, il est important de le dire. Nous pouvons innover sur des dispositifs, il faut avancer et se serrer les coudes, amener chacun dans son niveau de compétence à réfléchir sur la personne, le patient ou le résident permet des choses.

SANTE MENTALE ET PRECARITE : LA DOUBLE INSTABILITE

ISATIS est une association qui œuvre pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, appellation choisie par l'association pour être assez large. Mais le service dans lequel je travaille (SAMSAH) est un service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés qui reçoit des personnes souffrant plutôt de troubles psychiatriques assez importants de type psychose, schizophrènes.

Les personnes sont orientées par la MDPH pour qu'elles soient accompagnées dans un projet de vie assez global et de proximité. J'interviens dans ce service avec une équipe pluridisciplinaire composée :

- d'une conseillère en insertion sociale et professionnelle qui va travailler sur un projet de formation, proposer des formations, un projet de vie sociale qui va dépendre de la demande de la personne, de sa situation ; ce peut être aussi l'accompagner vers un renoncement. En effet, elles sont souvent loin de la réalité et de l'emploi. C'est une possibilité importante pour en parler, être informé par rapport à l'emploi,
- une conseillère en économie sociale et familiale va travailler sur la gestion du quotidien : la gestion administrative, financière, l'entretien du logement, l'hygiène, l'alimentation,
- une infirmière qui a une fonction de veille, va intervenir à domicile, coordonner les soins, se mettre en rapport avec les médecins pour des problèmes somatiques, psychiques, peut-être mettre en place en partenariat une hospitalisation si elle est nécessaire. Elle a un rôle de prévention par rapport aux risques de rechute,
- la psychologue et d'autres qui accompagnent et soutiennent la personne dans son projet quand il y en a un, quand elle vient nous parler de son vécu au quotidien, les difficultés qu'elle rencontre.

C'est un service qui est opérationnel depuis septembre 2008 sur Nice. J'ai travaillé depuis 2002 au Service d'Accompagnement à Domicile (SAD) qui s'est transformé en SAMSAH. J'ai pu voir les difficultés liées à la maladie pour réaliser un projet d'insertion par le logement par rapport à une précarité affective et relationnelle, à entrer en communication, en relation ; parfois les personnes sont très décalées, désadaptées, rendant ainsi la réalisation d'un projet difficile, mais aussi la difficulté pour accéder à un logement.

Elles sont confrontées à beaucoup de refus, les critères sont très importants d'un point de vue financier (garanties, etc.). Il y a aussi de la discrimination et elles souffrent de la stigmatisation liée à la maladie. J'ai vu les délais pour obtenir un logement dans le parc privé se rallonger : au début six mois, aujourd'hui plus d'un an. Comment peuvent-elles tenir dans ces conditions ? Comment ne pas se démobiliser ? Comment arriver à trouver un intérêt à ce projet ? C'est toute la difficulté qu'elles rencontrent, c'est un parcours du combattant.

Cette situation va entretenir la problématique psychique : comment ne pas perdre confiance, ne pas se sentir persécuté, ne pas se marginaliser davantage ? Comment se sentir citoyen ? Avec toute la notion d'accéder à un logement, l'investir, l'habiter et c'est difficile pour ces personnes, en lien avec ces problématiques. J'entends aussi comment se sentir citoyen ? Elles ont un statut social pour la plupart dans notre association parce qu'elles ont l'AAH, la reconnaissance qualité travailleur handicapé qui leur permet d'avoir une identité, une petite place, mais ce statut peut aussi être enfermante et elles ne le vivent pas toujours très bien.

J'ai envie aussi de vous parler d'une personne pour me rattacher au reste de l'intitulé, je voudrais vous faire partager son vécu sur quelques entretiens que j'ai eus avec elle depuis qu'elle a été orientée au SAMSAH en octobre 2008, un peu de ma pratique. J'ai été très sensible au thème de la santé mentale et précarité mais surtout à la notion de changer de regard, de pratiques.

Ce monsieur nous a été orienté par la MDPH. Il vient, accompagné de sa mère qui l'attend dans la salle d'attente et ce sera toujours le cas. Il montre dans son comportement une volonté à prendre place et à ne pas se laisser envahir par sa mère. Cela se traduit par exemple par des moments de précipitation pour se lever, passer devant elle, me dire bonjour, prendre la parole en premier. Et surtout il insiste bien pour lui dire : *Tu m'attends là*. Le fait qu'elle soit là semble le rassurer.

Lors du premier entretien, il tient à se présenter posément, il semble faire un effort pour structurer son discours, dérouler son parcours. Il semble soucieux d'être clair et il craint l'éparpillement. Il semble tenir un fil qu'il déroule dans son exposé et qu'il ne faut pas couper, ce que je respecte. Il se présente à travers son handicap et notamment en évoquant la RQTH et l'AAH. Il est âgé de quarante et un ans et parle de son entrée dans la maladie quinze ans plus tôt. Il évoque de nombreuses hospitalisations volontaires, suite à des disputes et à des histoires familiales qui l'angoissent et le déstabilisent. Il se rend responsable de ces histoires qu'il lie à la maladie. Pour lui, son état est source de conflit au sein de la famille ; il me fait penser à un patient désigné.

Il parle de son mal-être en termes de dépression nerveuse. Il perçoit chez lui un ralentissement qu'il lie au traitement. Il dit se sentir angoissé et décrit une boule dans la cage thoracique qui le quitte peu. Il répète combien il ne faut pas se fier aux apparences de peur de croire qu'il va bien. Il dit être envahi d'idées noires, exprime un fort sentiment d'isolement qui le fait souffrir. Il insiste sur le fait qu'il peut avoir du mal à exprimer sa souffrance, ce qu'il se passe à l'intérieur. Puis, il parle de ses rêves dont celui de vivre seul, dans une petite ville à côté du village où il habite avec ses parents, ville qu'il affectionne particulièrement et qu'il connaît, ayant été suivi quelques années, régulièrement, par le CMP du secteur.

Il aimerait un studio pour y vivre seul dans un premier temps, puis peut-être avec sa copine. Il aimerait également reconduire pour de petits trajets et se dit conscient de ses difficultés en parlant notamment d'une certaine lenteur. Enfin, il aimerait plus tard, quand il sera mieux, reprendre contact avec les personnes âgées avec lesquelles il se sent bien.

Les entretiens suivants, il exprime son mal-être, dit avoir du mal à sortir, à se rendre au CATTP. Tous ses déplacements se font avec sa mère, excepté pour le CATTP où il commence à prendre le bus. Il exprime ses difficultés à communiquer, tant avec sa famille qu'avec les autres en général, que ce soit au CATTP et même avec son médecin psychiatre.

Il aimerait qu'un professionnel parle de la maladie à ses parents ; il se sent incompris et rejeté. Il a peur de déranger, d'agacer, il a le sentiment de les exaspérer quoiqu'il dise, quoiqu'il fasse. Il dit se renfermer et se sentir mis à l'écart tout en exprimant l'importance de leur présence au quotidien. Il vit au rez-de-jardin de la villa familiale, guette leurs allées et venues, s'assure de l'heure de leur retour, leur absence est source d'angoisse. Il parle d'idées fixes, de besoins de vérification qui semblent le rassurer.

Puis, un jour il vient avec une liste recensant ses difficultés au quotidien, tout ce qui peut l'angoisser. Je lui propose d'exprimer son ressenti à travers un dessin. Il écoute attentivement ma proposition et accepte. Je trace un blason divisé en quatre parties : une partie pour le moi profond qui correspond à son ressenti, une partie pour le moi social, une partie pour le moi familial et je laisse une dernière partie libre qu'il choisira d'appeler *moi et le psychisme*.

Il se montre consciencieux dans la réalisation des dessins et sans inhibition :

- il commence par le moi, dessine un bonhomme (lui) qui pleure, d'où partent de sa tête deux traits barrés, reliés à une maison qui est le centre culturel, puis d'autres flèches également barrées à double-sens qui partent de sa main vers un groupe de trois personnes. Il commentera en parlant des blocages pour aller vers les autres, de sa peur, de son sentiment de rejet, de rupture et de sa tristesse,
- pour le moi familial il réalise un bonhomme (toujours lui), relié à une femme par deux traits et un cœur central. Au-dessus de sa tête une grosse bulle avec ses parents à l'intérieur et des éclairs entre lui, sa tête et eux. Deux autres flèches en bas en direction de deux autres personnages qui parlent de son souhait d'être davantage en relation avec l'ensemble de sa famille,
- pour le moi profond, un nouveau bonhomme dont les pieds ne touchent pas le sol, il semble en déséquilibre. Une boule noire au niveau du ventre, des éclairs partent des mains, des vagues sur le front, des flèches partent vers le haut, vers d'autres vagues au-dessus de sa tête. Il parle principalement de son impulsivité contenue,
- pour le moi et le psychisme, il dessine un bonhomme qui tombe à terre avec deux grosses boules sur le dos, la tête en bas. Il parlera du poids du psychisme et de la maladie, du regard d'autrui.

Il intitulera ce blason « vie gâchée ».

J'ai apprécié de faire ce travail avec lui parce qu'il a permis de sortir d'un certain discours parfois en boucle où la personne stagne, il permettra l'expression d'émotions fortes. Il dira d'ailleurs que c'est bien son ressenti à l'intérieur, il ne parlera plus de sa crainte de ne pas être compris, des apparences et de la différence entre l'extérieur, de son ressenti à l'intérieur.

L'entretien suivant il se présente différemment, il n'a plus la tête baissée, le regard fuyant, la démarche hésitante et timide, esquissant quelques sourires de politesse, s'excusant pour prendre la parole. Il se lance en amenant un sujet qui lui tient à cœur, dira-t-il, il semble déterminé : *Je veux travailler avec vous sur mon insertion dans la société*. Il exprime notamment ses difficultés à entrer en relations avec autrui, dans la rue, le bus, etc., dire un simple bonjour. Rien de bien nouveau mais cette fois il semble vouloir agir.

Je lui propose d'imaginer, de me décrire une situation où il se trouve dans cette difficulté. Il est dans le bus, debout, les gens le regardent, il ne sait pas pourquoi. Il aimerait sourire, dire bonjour mais quelque chose l'en empêche. Je lui demande de me décrire cet obstacle. Il me parle d'un cocon tout autour de lui, opaque, qui l'empêche de bouger, de bien voir. Il me décrit la situation, le contexte, l'ambiance, il exprime son ressenti. Il lie cette difficulté ancienne à la maladie et surtout à son sentiment de rejet éprouvé depuis l'adolescence où se serait mis en place un système de protection en lui. Il parle du cocon dont il veut sortir car il l'empêche d'aller vers les autres. Il exprime sa *peur de se recroqueviller, de se marginaliser davantage*.

Je lui demande de faire évoluer la situation, il se décide à sourire à une dame assise à côté de lui, à oser lui dire bonjour. Il dit que cela a percé le cocon, a laissé passer de la lumière, qu'il sent la confiance grandir en lui. Il exprimera son ressenti après l'exercice, il parle d'un soulagement et d'une perspective. Il conclut l'entretien en parlant de la complémentarité au sein de l'équipe du SAMSAH, l'aspect psychologique essentiel pour lui et l'aspect concret, notamment le travail qu'il fait avec la conseillère en économie sociale et familiale qui l'accompagne dans ses déplacements dans le bus pour gagner en autonomie.

Le SAMSAH est peut-être cette passerelle entre le social et le médical, la psychiatrie a besoin d'entrer dans le social et inversement. On peut y travailler à la fois sur la santé mentale, le psychique, l'identité et avoir une action sur la précarité par des projets concrets.

Il est important puisque nous accompagnons des changements, d'être dans une pratique en mouvement, créatifs et pour ce faire il faut avoir des outils, bien les connaître, savoir l'état des lieux des relations avec la personne pour s'assurer que la confiance est établie, pour permettre d'instaurer une autre dynamique, ouvrir sur d'autres perspectives.

Patrick MARENGO

Chargé de mission développement social à Habitat Marseille Provence

PARTENARIAT ENTRE UN BAILLEUR ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE MENTALE

Il faut rester modeste, c'est une expérience. Le titre en lui-même est l'objet de mon intervention, en effet qu'existe-t-il entre ces deux mondes ? Le professionnel que je suis a la vision que le logement social doit être accessible à tous et qu'il peut devenir un lieu de ressource pour chacun. Voilà une belle théorie mais dans la pratique l'accès au logement est un rude parcours pour les plus défavorisés.

Les professionnels de la santé mentale d'Edouard Toulouse sont venus me voir en 2004 pour m'expliquer que l'utilisateur était un citoyen à part entière et que personne n'était à l'abri

des dérapages de la vie. Nous ne fonctionnons pas avec des présupposés et la demande me paraissait intéressante et le lien avec le bailleur que j'avais identifié dans nos cités, les personnes isolées en trouble du comportement.

Je me suis rendu plusieurs fois à l'hôpital Edouard Toulouse pour comprendre le fonctionnement de l'institution en participant à des réunions de chefs de service dont les approches à l'habitat étaient parfois très divergentes, vives mais riches. Et curieusement j'étais associé aux échanges en un partenariat qui se construisait pas à pas.

J'ai raccroché quelques lectures, étant sociologue de formation, j'ai repris une analyse de Robert Castel, de Marianne Farkas et ce matin j'ai découvert Jean Furtos. Cet ensemble d'éléments, hormis Jean Furtos, m'a permis d'étayer un argumentaire auprès de ma direction. On ne m'avait pas attendu pour établir des conventions de partenariat puisque c'est l'un des axes de mon travail mais un partenariat avec le secteur de la santé mentale était une première, plutôt dérangeante, j'étais dans la transgression validée.

- Que s'est-il passé ?

Des échanges d'intérêts communs où précarité et santé mentale nous ont conduits à nous comprendre, nous organiser avec une certaine dose de militantisme et de patience surtout pour convaincre nos organisations respectives que nous pouvions travailler ensemble.

- Les arguments

Les usagers sont des citoyens en phase de reconstruction et certains de nos locataires sont en souffrance psychique, une réalité.

Précarité et santé mentale, logement social et professionnels de la santé mentale, la rencontre de ces deux mondes a permis de changer certaines vies en mettant nos savoirs en commun, une interpénétration des professions pour faire évoluer le dispositif.

Aujourd'hui, notre partenariat se poursuit et évolue. Nous avons créé le réseau Habiter Ensemble pour démultiplier ces pratiques. Un seul bailleur travaille en ce sens mais j'espère que les autres vont nous suivre parce que le défi est intéressant. Nous avons vingt trois logements avec les trois associations qui travaillent avec nous. Avec les dix qui viendront dans les deux ans à venir, nous pourrions en proposer trente trois. Mais il ne faut pas cacher que la crise du logement est là et les plus fragiles seront les plus touchés. Beaucoup d'efforts sont encore à faire de la part des bailleurs.

**A QUAND UN DISPOSITIF D'HEBERGEMENT ORGANISE
POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE HANDICAP PSYCHIQUE ?**

Nous sommes sur le point crucial de toute cette problématique qui nous impacte tous depuis que nous sommes sur les questions de santé mentale. Nous avons commencé à la ville de Marseille il y a quatre ans (et que de patience pour essayer !), avec tous les partenaires puisqu'il y a la volonté politique au départ qui doit être forte, avec les élus nationaux, de travailler. Si cette volonté n'est pas accompagnée par les professionnels, il est difficile d'aboutir.

Il y a un énorme partenariat que nous remercions avec tous les professionnels de la psychiatrie publique. Nous voudrions la psychiatrie privée, mais pour le moment c'est difficile. Nous construisons, et même dans la difficulté que nous connaissons tous, l'habiter dans la cité. Nous avons un seul bailleur vraiment investi en effet. Mais tout est le fruit du travail fait depuis cinq ou six ans sur cette problématique par les acteurs sociaux, les médecins, les élus, les institutions, l'Etat et il faut plus qu'espérer parce qu'il y a des avancées.

De ma place d'élue de proximité, il est vrai que l'habiter ensemble au départ ne nous a pas stimulés immédiatement mais nous avons été très impliqués, nous le sommes toujours, par les services communaux d'hygiène et de santé dont je suis l'élue, sur les questions d'insalubrité. Et nous avons vu à quel point ces problématiques étaient présentes sur l'insalubrité qui est un thème important, travaillé nationalement actuellement. Là encore, nous recoupons les transversalités des questions de santé, connues de nous tous, professionnels de santé, et qui ne sont pas connues à tous les étages de l'action.

De la place qui est la mienne, l'habiter ensemble nous stimule, nous provoque, à deux égards essentiellement : le vivre ensemble au sein de la cité et nous savons à quel point la déstigmatisation des gens, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes peut être modifiée par la resocialisation ainsi que l'image produite dans notre population, de façon réciproque. Et le niveau de l'accès, mais aussi du maintien dans les logements des personnes précaires et atteintes de troubles psychiques et nous savons vos difficultés à travailler avec ces organismes qui vont permettre de sécuriser les bailleurs, que ce soit au niveau de la location puis de l'accompagnement médical et social, enfin l'accompagnement.

La compétence des maires se réduit en principe en matière de santé mentale à l'hospitalisation d'office. Mais comment un maire peut-il être insensible aux problèmes actuels de sa cité, et qui concernent essentiellement la souffrance psychique, psychosociale ? Un maire normalement constitué s'occupe de ces problèmes et c'est bien ce qu'il se passe en France à cet égard.

Qu'avons-nous fait à Marseille depuis quelques années ? Nous sommes dans un souci de démarche pragmatique : nous voulons croiser les différents regards, points de vue, accompagner la réflexion. Nous ne nous sommes pas lancés sans être accompagnés par des sociologues qui nous ont conduits à préciser les besoins sur notre ville en matière de santé mentale pour aider à mettre en place à des plans d'actions.

Dans un premier temps, Monsieur le maire a missionné l'Observatoire Régional de la Santé pour faire des évaluations et nous avons, sous notre demande politique, élaboré un tableau de bord qui rassemble et met en perspective les données statistiques produites par différents organismes. Il a été suivi d'un recensement des structures et des personnes ressources pour savoir le rôle de chacun, pour nous connaître, nous reconnaître, pour avancer sur certains problèmes. Enfin, la réalisation d'une enquête qualitative dont le but était de faire un diagnostic partagé de la situation des prises en charge à Marseille à partir d'une méthodologie centrée sur l'étude des trajectoires d'usagers en privilégiant leur propre avis sur le système des prises en charge.

Ces données sont accessibles sur le site de l'ORS Provence, Alpes, Côte d'Azur.

Dans un deuxième temps, nous avons créé un Conseil d'orientation en santé mentale, à l'échelle de notre territoire, désormais piloté par la Ville et la psychiatrie publique. Et je remercie encore tous les acteurs de la psychiatrie publique qui s'investissent sur cette problématique transversale, nous ne ferions rien sans eux.

Cette instance donne la priorité à trois axes de travail :

- la gestion des situations sensibles et de crise,
- la formation et la mise en réseau des acteurs locaux,
- l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques et notamment par le logement.

Et pour chacun de ces axes, nous avons défini un certain nombre de directions en concertation.

Lorsqu'on évoque l'insertion des personnes en souffrance psychique dans la cité, nous sommes tous d'accord pour dire que ce problème est primordial. Il est avéré à Marseille qu'entre 220 et 250 personnes sont hospitalisées et ne devraient plus l'être. Elles bloquent des lits d'hôpital pour des gens qui en auraient besoin et par ailleurs elles ne peuvent pas accéder à une situation où elles pourraient avoir une réinsertion par un nouveau regard sur elles-mêmes, un nouveau regard des autres sur elles.

C'est pour nous un élément essentiel de travail, ce n'est pas du déclaratif. Nous travaillons au jour le jour sur ces questions avec des exemples que vous connaissez tous. Je ne reviens pas sur la régularisation du 46, rue Curiol qui est emblématique, il ne se situe pas sur les problèmes multiples que nous avons à résoudre au niveau du quantitatif. Il faut cependant savoir que la ville a aidé à tous les aspects juridiques et paie sur deux ans le loyer. Il n'y a pas que les déclarations, la volonté : il faut aussi mettre la main au portefeuille et c'est là où le bât blesse.

En effet, sur le problème des bailleurs sociaux, même s'il y avait l'argent, nous n'avons pas les logements. Et si l'on met en route des systèmes d'accompagnement, etc, comment ne pas aboutir à des quotas ? S'il n'y avait pas eu de quotas en politique, je ne serais pas là, nous sommes obligés de passer par des quotas. On doit commencer à le dire sinon nous ne nous en sortirons pas.

Le réseau de santé mentale, d'autre part, est co-animé par la psychiatrie publique et la Ville avec l'équipe de Monsieur Morcellet et de Monsieur Naudin sur les problèmes importants du premier arrondissement. Nous espérons que ce modèle puisse aboutir dans un plan local de santé publique à une multiplication de proximité de ces actions vraiment efficaces au local.

J'aimerais témoigner de la volonté politique qui a animé tous les partenaires à Marseille et dans la région. C'est grâce à toutes ces personnes que nos projets commencent à se réaliser. Beaucoup ont aussi travaillé dans l'ombre et il a déjà fallu rencontrer les gens individuellement, tisser des liens, des histoires avec chacun de ces partenaires en amont et c'est essentiel de le préciser. Je ne vais pas citer de noms mais je pense en particulier à l'aide que nous a apporté Mylène Frappas dans tout ce travail. En passant par des personnes qui se font le relais du tissu social dans son ensemble, cette action de tisser des liens est essentielle.

Je peux peut-être témoigner de ce qu'il se passe au squat thérapeutique de la rue Curial. Le terme de squat thérapeutique est une monstruosité qui éclaire la dynamique de transgression validée du docteur Girard dans tout ce travail, la seule politique possible pour un psychiatre pour faire du travail efficace. La société lui demande en permanence de faire de la transgression validée, une critique sur les normes, éventuellement d'incarner le symptôme dans son ensemble de la maladie mentale. Et cette transgression validée qui est créatrice de normes fait vraiment partie de notre travail.

J'aimerais revenir sur l'intervention de Madame Bouillon parce que certains mots m'ont terriblement parlés. En particulier quand elle décrivait les squats du premier arrondissement de Marseille et lorsqu'elle a essayé de montrer que ce n'était pas pouvoir habiter ailleurs simplement mais, pour certaines personnes, thérapeutique, enrichissant, avec beaucoup de qualités. En effet, dans un squat on peut vivre seul, cuisiner, avoir des animaux, recevoir des amis, ce qui ne peut pas être le cas à l'hôpital.

Je peux comparer ce qu'il se passe à l'hôpital où je travaille, même si c'est un lieu magnifique, je vois bien où il y a de l'insuffisance, le type de violence que nous, psychiatres, continuons à exercer. Et l'image évoquée par Monsieur Chappellet de Pinel enlevant les chaînes des fous. Pas plus tard que le week-end dernier, des fous étaient encore attachés à Sainte Marguerite où je travaille. Cette situation devrait tous nous choquer ; elle témoigne du fait qu'il arrive qu'on puisse être encore sous des liens simplement parce qu'une violence à venir est présumée. C'est significatif d'un état des lieux de notre société qui n'est pas acceptable. Il est important de préciser que des lieux peuvent être construits, thérapeutiques parce qu'on peut y cuisiner, y vivre seul, ne pas être attaché, être reçu avec hospitalité, peut-être avoir des animaux.

Je voudrais faire un mea culpa public d'autre part : mon intervention ce matin était déplacée et je voudrais parler des éléments qui ont motivé les bonnes relations entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes. Je vais parler d'un hamster que j'ai récemment hospitalisé dans mon service avec son propriétaire ; peut-être que je ne l'aurais pas fait si je n'avais pas connu ce qu'il s'est passé au squat par personne interposée. Il faut faire de petits détournements car la vie des personnes est parfois représentée par leur animal familial.

C'est l'histoire d'une adolescente qui, lorsqu'elle a approché l'âge de dix huit ans, a été vécue comme très hostile par les services sociaux : elle s'est retrouvée catégorisée malade mentale. Elle est entrée directement de l'adolescence dans le DSM (notre manuel de classification) et elle est devenue schizophrène dangereuse mais elle avait un hamster. Et ce qui posait des problèmes entre l'étape d'enfant et d'adulte était le fait que son hamster qui pouvait être accepté au foyer ne le serait peut-être pas à l'hôpital par

l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Et même chemin en sens inverse. L'activité du psychiatre est alors de déclarer que le hamster est thérapeutique et que son importance est de pouvoir représenter dans la cage qu'il habitait l'existence même de l'adolescence. Et qu'au travers de cette existence, on pouvait construire.

Il est très important de repérer ce qui est vivant chez une personne, de quelle façon il faut la protéger. L'hôpital n'est pas très adapté, tout comme les services sociaux, rien de ce que nous proposons n'est adapté parce que ce n'est pas représentatif de la trajectoire très singulière d'une personne. La mairie de Marseille a fait un travail pour montrer la trajectoire des personnes, de quelle façon elles la vivent, de quelle façon nous pouvons construire autour c'est-à-dire apprendre à décroquer les choses à partir de ce qu'elles ont déjà commencé à construire et non pas en détruisant ce qu'elles ont commencé à construire.

Hermann HANDLHUBER

Travailleur pair à Médecins du Monde (squat Curiol)

Je ne suis pas un professionnel de la santé, je ne suis pas un assistant social, je suis un travailleur pair, je travaille avec les gens de la rue, ils sont tous malades somatiques, malades mentaux, malades physiquement et sans-abri. Et le logement et la santé sont les deux mots inséparables.

C'est pourquoi je demande encore une fois ce soir à tous les gens dans la rue l'accès au logement, c'est mon grand désir que je voudrais vous adresser.

Une intervenante

J'aimerais vous faire partager quelques réflexions qui me viennent en fin de journée, après les interventions diverses qui ont toutes été très intéressantes, et revenir sur la notion de secteur. Quelqu'un a dit qu'à partir du moment où l'on avait un découpage géographique très précis de la notion de secteur, il arrivait de refuser de prendre en charge des patients qui n'habitaient pas le secteur considéré.

Sans doute, mais si l'on veut avancer il faut changer nos pratiques à ce niveau. Le secteur n'est pas seulement un découpage géographique mais aussi des moyens mis en place au service des patients. On doit pouvoir leur répondre, même s'ils ne sont pas habitants géographiquement du secteur considéré et d'autant plus que des coordinations se font au niveau des responsables des secteurs.

Je voudrais d'autre part compléter l'intervention de Monsieur Coppens. Nous avons eu en filigrane toute la journée un sujet sur l'acculturation des pratiques et des professionnels, les questions de formation et il me semble que si l'on veut changer les pratiques, le regard, nous avons en tant que pouvoirs publics à intervenir sur la formation des professionnels, que ce soit les professionnels de santé et je pense aux médecins, aussi bien généralistes que spécialistes, aux psychiatres mais pas seulement. Ils reçoivent une formation à l'université, nous les orientons à travers des stages que nous agréons lorsqu'ils font leur internat. Et là aussi nous pouvons avoir une action pour inciter les médecins généralistes à aller en formation dans les secteurs de psychiatrie, et inversement les futurs psychiatres à aller en formation chez les médecins généralistes de façon à aider au repérage de la souffrance psychique.

Nous avons aussi à travailler sur la formation des travailleurs sociaux, des intervenants dans les secteurs médicosociaux de façon à ce qu'il y ait aussi une perméabilité des cultures, des connaissances. Quelqu'un a dit qu'on arrivait à bien travailler, à mieux travailler, lorsqu'on savait précisément ce que peut faire un secteur et ce qu'il ne peut pas faire.

Béatrice STAMBUL

**Psychiatre, Coordonnateur du service STS toxicomanie addiction
Centre hospitalier Montperrin d'Aix en Provence**

Il a pu apparaître dans mon propos que j'étais une grande pourfendeuse du secteur et je me suis fait reprendre dans les couloirs par des collègues qui m'ont dit que je donnais le bâton pour me faire battre, moi qui suis une enfant du secteur. Il n'est pas dans mon propos de porter des jugements. Si une institution n'est pas capable d'évoluer, effectivement c'est un vrai problème. On va probablement encore faire le pari que la philosophie du secteur qui était dans ses fondements extraordinairement porteuse, subversive, transgressive est encore dans cette capacité. Mais il faut certainement changer la façon de faire.

A Aix en Provence, il faut non seulement demander aux gens la rue dans laquelle ils habitent mais aussi le côté pair et le côté impair. Nous ne pouvons pas nous déplacer sans une carte détaillée, un registre pour ne pas commettre l'impair de mettre quelqu'un dans le secteur en face, c'est grotesque et encore plus quand il ne s'agit pas d'hospitalisation puisque tous les CMP sont en centre-ville, c'est du bricolage.

Comment évoluer, garder totalement cette idée de la proximité, du bas seuil, de peu d'exigence préalable ? Nous avons évolué dans des sortes de féodalités, le secteur ne parlait pas au social, qui le lui rendait bien, un secteur qui se croyait dans une forme de toute puissance, auquel on a laissé tout faire, maintenant on ne sait rien faire. Probablement, y a-t-il un espace entre les deux, mais il faut sortir de ces histoires, parler de la peine que nous avons à fonctionner en réseau. Et prendre en compte que nous sommes en période de vaches maigres, avec une somme de résistances à tout ce qui nous arrive actuellement, qui est multifactorielle.

Je crois très profondément que l'avenir de notre sujet d'aujourd'hui appartient à cette alliance entre les professionnels, les usagers et les collectivités locales. Je voudrais saluer Madame Gaunet-Escarras, nous devons retenir le travail que vous avez fait sur Marseille mais je crois que vous avez le pouvoir de nous rassembler, même quand nous n'avons pas envie de nous voir. Vous l'avez fait sur Marseille, et la capacité d'impulser et d'accompagner. C'est vrai dans beaucoup de domaines touchant à la santé publique, c'est ainsi que nous allons avancer dans de nouvelles alliances et il faut que les professionnels et les politiques des collectivités se rapprochent, nous allons dans ce sens et je m'en réjouis.

Pierre MORCELLET

Psychiatre au CH Edouard Toulouse

Le secteur ne doit pas être pris par la question du découpage. Ce n'est pas ce qui pose des séparations qui le définit comme essentiel, mais les concepts d'inclusion et de proximité qui sont deux des principes fondateurs de leur mise en place en tant que le Secteur est une politique d'accès au soin et de soin. Et s'il y a des secteurs qui correspondent à la description de Madame Stambul, définis à partir de leurs frontières, c'est peut-être une modalité possible du «secteur» mais il y en a d'autres aussi.

Ce concept de proximité est à envisager non seulement à l'égard des habitants mais aussi à l'égard des acteurs sociaux de l'arrondissement, de la localité, de la municipalité, du lieu de la cité... Et ceci dans le sens évoqué par Monsieur Coppens, de partenaires de l'action sociale et du sanitaire qui développent, dans la cité, des habitudes de travailler, de réfléchir, d'évaluer, de décider ensemble, d'agir de manière concertée et coordonnée auprès des personnes considérées dans leur globalité et respectées dans leur complexité, leur singularité, leur citoyenneté (laquelle comprend le droit reconnu à un accès au soin de proximité).

Il est important de tenir compte de ce que nous apprend Madame Bouillon à travers l'idée de distinction du lieu de résidence et du lieu d'habitation. L'idée de proximité du secteur est l'idée de la mise à proximité d'une équipe de soin avec le lieu d'habitation des populations. Les personnes sans domicile fixe peuvent relever de la logique de secteur si on veut bien considérer cette évolution : que des gens peuvent ne pas avoir de domicile fixe, de domiciliation au sens de la résidence, et pourtant habiter un lieu de la ville, tel qu'un CHRS, voire un hébergement d'urgence, voire même parfois l'espace public de la rue.

Ainsi, vous avez donné l'exemple du squat comme lieu d'habitation à reconnaître, inventif, créatif, comme construction d'un mode d'habiter à repérer par les cliniciens. Et c'est ce qui me fait reprendre la conclusion de Jean Naudin sur l'idée d'un travail de soignant qui aurait d'abord à reconnaître les gens dans ce qu'ils ont commencé à construire comme habitation, à opposer à une pratique excluante du secteur qui commencerait par considérer comme « hors-secteur » les personnes SDF c'est-à-dire commencerait par détruire le peu d'habitation ou l'habitation fragile que ces personnes ont, elles, commencé à construire avec leur environnement proche, à travers des liens d'affiliation parfois avec des équipes sociales, avec des habitants ou des commerçants du quartier... Mais, si je mets pour l'instant de côté la question des moyens alloués à chaque secteur, cette pratique-là de secteur je la considère comme une dérive du secteur pas du tout obligatoire, contraire même à l'esprit du secteur, lorsque ce mode d'habitation - peut être illégal - qu'est le squat est non reconnu comme lieu de domiciliation donnant droit à l'accès au dispositif de soin d'un secteur. Il y a une évolution à envisager qui met en question le secteur dans sa définition administrative et qui passe par le fait de reconnaître ces gens comme ayant des stratégies d'habitation à surtout préserver, à partir desquelles justement peut se construire un processus thérapeutique auquel les acteurs sociaux « de première ligne » participent eux-mêmes, avec lesquels nous avons à travailler de manière proche, ce qui me paraît correspondre pleinement à la définition du secteur comme pratique et politique de soin.

Vincent GIRARD

Psychiatre à Marseille

Je voudrais revenir sur la question de l'habiter. En effet elle est beaucoup plus importante que celle de l'accès aux soins en termes de santé publique. Il faut en resituer le contexte : s'il y a des problèmes d'habiter aujourd'hui, ils ne vont pas aller en s'améliorant. Il y a eu une spéculation financière scandaleuse qui a mis des milliers de personnes à la rue dans le monde, voire des millions, qui continue.

Aujourd'hui, nous arrivons à la fin de ce système, nous sommes en train de réfléchir et de penser à quitter cette logique économique pour revenir à une logique humaine, avec la

question posée par le fou dans la société du vivre ensemble, qui requestionne la question de l'individu versus la communauté et le groupe.

Enfin, cette expérience pose la question de ce qu'il faut respecter : est-ce une loi générale ou une éthique locale ?

Une intervenante

Pensez-vous que le travail de tissage de liens est compatible avec la valorisation à l'activité en psychiatrie qui est en train d'être mise en place, la rentabilité de l'hôpital et en particulier le secteur ?

Jean NAUDIN

Chef de service psychiatrie CHU de la Timone - Marseille

La question est de savoir si c'est compatible ou pas, mais s'il faut le réaliser, mieux vaut l'avoir pensé avant.

L'hôpital n'est pas fait pour gagner de l'argent ni pour être rentable : c'est a priori une erreur de fonctionner en termes de rentabilité.

Enfin, c'est une seconde manière du capitalisme et il est évident qu'on ne peut pas penser de solution en psychiatrie sans aborder la question sur un plan politique et économique. La VAP pose des problèmes essentiels quant à la définition de l'hôpital dans une société mais ils ne seront pas résolus aujourd'hui.

Concrètement et au niveau d'une éthique locale, je fais partie de ceux qui pensaient qu'il fallait effectivement évaluer nos pratiques, voir ce qu'elles coûtaient pour répondre à cette question d'une façon pragmatique et concrète. Il faut voir ce que coûte le social, la spécificité de notre pratique de tissage des liens, de quelle façon elle se fait.

Une intervenante

Je ne sais pas si la TAA doit être soutenue en ce qui concerne la psychiatrie. L'hôpital, quel que soit le secteur, doit pouvoir rendre compte de ce qu'il fait. Nous devons être en capacité de mesurer de la façon la moins mauvaise possible, dans tous les secteurs, l'action rendue par le secteur public, de rendre compte auprès des citoyens que nous sommes collectivement de l'usage des deniers publics et en l'occurrence de l'assurance maladie.

Philippe MICHEL

Direction régionale DSS de Corse

Les histoires d'avancées sous-jacentes à ces approches avec la tarification à l'activité sont un effort pour objectiver le travail qui doit être fait en direction des populations en demande, essayer de s'entendre dans des groupes de travail à Paris. Le docteur Naudin a raison : il faut y définir la demande de nos concitoyens en difficulté de façon à ce qu'elle apparaisse bien dans la quantification de temps, les spécialistes qui doivent intervenir.

Mais on oublie peut-être de dire qu'on ferait bien aussi dans d'autres secteurs, notamment d'activités des infirmiers libéraux, de la prise en charge des personnes âgées par les infirmiers libéraux, d'entreprendre du ménage quant à ce qu'ensemble, avec nos cotisations, notre effort de solidarité, nous consacrons à ce secteur, rapporté aux revenus tirés par les libéraux pour les quelques actes posés.

Quand on a à intervenir dans des questions relatives à la TAA il faut être relativement prudent. On peut avancer, être assez juste si on pose bien la quantité, la qualité des actes parce qu'il faut du temps. Si cette approche d'objectivisation est faite, il faut la faire aussi dans des secteurs que personne ne touche craignant de trop remettre en jeu d'intérêts financiers. Nous pourrions alors avoir du recul par rapport aux activités dont nous débattons depuis ce matin.

Une intervenante

Il y a un mois nous avons accueilli la Justice par rapport à la réforme des adultes majeurs. Assister aujourd'hui à une nouvelle rencontre avec la psychiatrie qui était moins présente au colloque précédent, ne peut être que rassurante puisqu'au niveau du social nous aurons besoin de travailler ensemble par rapport à la mise en place de cette grande réforme.

Vincent GIRARD

Psychiatre à Marseille

L'évaluation de la qualité d'un soin doit sortir d'une logique monétaire pour aller notamment sur la qualité de vie. C'est une façon très standardisée, très connue, assez facile à mettre en place, une piste qui malgré la compétence de nos chercheurs, ne l'est toujours pas.

Serge DAVIN

Directeur adjoint de la DRASS Provence, Alpes, Côte d'Azur

Animateur du colloque

Faire la synthèse de la journée me paraît très prétentieux, totalement impossible. Je relèverai simplement quelques éléments, dont le succès de cette journée interrégionale qui correspond à l'actualité, l'importance du thème et des problèmes dont nous avons débattu. Je n'aurais donc pas la prétention de faire cette synthèse qui donnerait par hypothèse la réponse à toutes les questions qui sont nombreuses. J'ai plutôt le sentiment que nous repartons avec davantage de questions - mais c'est la loi du genre - que de réponses, avec des interrogations et des réflexions.

J'ai trouvé beaucoup d'intérêt à voir que dans nos régions méditerranéennes, des régions qui par définition sont attractives puisqu'on considère généralement que la misère serait moins pénible au soleil, existent un certain nombre d'éléments positifs. D'abord des recherches (Madame Bouillon), voire des réponses (Monsieur Coppens en a donné tout comme Monsieur Marengo), qui me paraissent devoir être valorisées.

Nous avons commencé à donner quelques réponses sur le squat de la rue Curiol dont nous avons parlé à plusieurs reprises. Et je profite de la présence du docteur Larcher pour dire que nous souhaitons qu'au niveau de la DGAS nous ayons le soutien maximum, y compris et d'abord financier, pour mener à bien ce que nous ambitionnons sur ce squat.

Je retiens le besoin ressenti et la nécessité de travailler ensemble, de mieux travailler ensemble.

Et quelques mots qui me paraissent assez caractéristiques de votre quotidien et de ce que vous partagez quelques pratiques :

- la massification de la précarité, des risques de précarisation,
- la globalisation c'est-à-dire avoir si possible, chaque fois que possible, autour d'un individu la vision la plus complète de la situation,
- la nécessité d'avoir aussi ce regard pluriel, il faut qu'il converge autour de la situation des personnes pour trouver ensemble les solutions : les réseaux, les référents, les répondants, des termes qui ont été utilisés.

De même qu'ont été utilisés des termes antinomiques, en miroir cependant les uns des autres :

- discrimination ou stigmatisation,
- citoyenneté, vivre ensemble.

La nécessité de ces regards pluriels pose le problème de l'acculturation réciproque, il faut essayer de partager nos cultures, on a parlé de révolution culturelle. Quand j'étais dans les Alpes Maritimes, avec le professeur Darcourt et les services sociaux de la ville de Nice, nous avons créé des ateliers de formation croisée entre le monde de la psychiatrie et le travail social, j'espère qu'ils pourront continuer et prospérer.

Et dans les termes employés j'ai retenu celui d'hospitalité souvent à la place d'hospitalisation, ce qui interpelle.

Enfin, évidemment on ne pourra pas avancer dans la recherche de solutions si on ne permet pas, soutient pas, laisse pas de la marge à l'expérimentation. C'est dans la marge qu'est créé le droit de demain, le besoin social s'exprime d'abord dans une demande sociale qui finit par émerger souvent en droit social. Besoin social, demande sociale et finalement droit social. Et par l'expérimentation, l'innovation que nous essayons de trouver pas à pas, difficilement parfois, la recherche de solutions.

Je voudrais présenter mes excuses pour quelques imperfections : nous n'avons pas pu tenir le temps, le maître des horloges a manifestement été défaillant mais ce n'est pas pour lui déplaire. Le programme a été globalement respecté bien que trop chargé naturellement. Je voudrais présenter mes excuses sur les interruptions que j'ai pu faire auprès de tous les intervenants, c'est toujours très frustrant pour vous mais aussi pour l'animateur. La frustration et ces interruptions, le fait que nous n'avons pas pu tout explorer est peut-être délibéré, pour nous permettre de nous retrouver à nouveau autour de thèmes comme celui d'aujourd'hui, très mobilisateurs.

Continuez à réfléchir ensemble parce que, et je termine par la citation de Francis Blanche : *Dans un monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement. Merci.*

Pierre LARCHER

Chargé de mission DGAS

Monsieur l'adjoint au directeur, Mesdames, Messieurs. Bien du chemin a été parcouru depuis qu'en 1995 le rapport Lazarus a fait l'effet d'une bombe en montrant comment tous les processus de précarisation engendraient une souffrance mentale qui finissait par envahir tout le panorama, induisant des pathologies somatiques ou simplement des comportements posant question à l'entourage, forçait à dépasser de très loin les seules maladies mentales.

Dès les premiers PRAPS en 2000 il est apparu que la santé mentale apparaissait comme prioritaire dans seize régions sur vingt trois, ce qui d'une part a suscité de multiples initiatives de terrain et d'autre part a provoqué de la part des gouvernements successifs une inflation de demandes de rapports allant tous plus ou moins dans le même sens pour déboucher finalement sur le plan psychiatrie et santé mentale 2005/2008 maintenant terminé mais qui continue à être appliqué. Au point 4/4/1 qui était « *Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion* », étaient prévues plusieurs dispositions dont il a été fait état aujourd'hui :

- l'amélioration et la multiplication d'équipes mobiles de psychiatrie pour rencontrer les personnes vulnérables dans les lieux où elles sont, s'y rendre spontanément, environ soixante dix actuellement qui fonctionnent et qui vont prochainement faire l'objet à l'hôpital Sainte Anne de Paris d'une journée consacrée à l'évaluation,
- la participation des équipes psychiatriques à la mise en œuvre de lits halte soins santé qui se multiplient sur tout le territoire pour permettre à des personnes dont l'état ne justifie pas une hospitalisation mais qui ont besoin de garder le lit quelque temps de le faire alors qu'elles n'en ont pas ou ne pourraient le faire dans de bonnes conditions, globalement 680,
- était prévue la réalisation et la diffusion d'une plaquette pédagogique sur le thème Souffrance psychique, troubles de la santé mentale, le rôle et la place du travailleur social,
- la diffusion par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluri-partenariales adaptées à ces publics. La mise en œuvre en a été prévue dans la convention liant l'ONSMP-ORSPERE à l'Etat sous la forme d'animations, de réunions interrégionales dont la logistique serait assurée par les DRASS dont nous voyons aujourd'hui le quatrième exemple après Haute Normandie Nord Pas de Calais et Picardie, puis Bretagne Pays de Loire, puis Rhône Alpes et Auvergne. Des retards de subventions avaient contraint de ne pouvoir les démarrer dès 2005, en 2006 ce ne fut pas possible pour d'autres raisons et les échéances électorales de 2007 s'en sont mêlé, puis les incertitudes de 2008 et finalement cette quatrième réalisation entre trois régions a pu être montée sur le thème de psychiatrie et santé mentale de plus en plus présent avec l'émergence des réseaux en psychiatrie puis la réalisation par le Conseil Supérieur du Travail Social d'un ouvrage maintenant publié par l'Ecole Nationale de Santé Publique sur l'articulation du sanitaire et du social.

Vous avez pu voir au fil de cette journée que le thème choisi est suffisamment au cœur de la problématique actuelle pour être un excellent support pour une réflexion prospective. Surtout dans une région préfiguratrice des nouvelles orientations et la table ronde de cette après-midi, après la journée de décembre qui a eu lieu à Marseille sur les hôtels meublés organisée par le Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne en est une excellente et très concrète illustration.

Ces actions ne resteront pas isolées, la transversalité nécessaire sur ces thèmes se développe beaucoup dans les ateliers santé ville dont la journée nationale le 5 décembre dernier a tiré les leçons. La loi hôpital, patients, santé, territoires qui vient de passer son premier tour à l'assemblée nationale, va bientôt être soumise au sénat, elle ne devrait plus subir que des changements à la marge notamment pour ce qui nous concerne. Et le texte adopté à ce stade, mis depuis hier sur le site de l'assemblée nationale, inscrit au code de la santé publique : *Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une Agence Régionale de Santé a pour mission de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé ainsi que de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé. C'est faire monter dans la hiérarchie la lutte contre les inégalités de santé beaucoup plus que dans la loi de santé publique de 2004.*

Par ailleurs, elle introduit à l'article L 14134-2 le projet régional de santé, constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région,
- de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, organisation des soins, organisation médicosociale,
- de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Nous avons une sérieuse crainte que les PRAPS passent à la trappe, ils sont fortement remis en place à un degré supérieur de la loi de santé publique de 2004.

La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L 1434-15. Et cette disposition non seulement remet les PRAPS en fonctionnement mais aussi leur déclinaison au niveau local de manière beaucoup plus claire dans la loi relative à la politique de santé publique de 2004. C'est l'application directe à côté des ateliers santé ville, c'est-à-dire monter par ceux-ci les plans locaux de santé.

Le texte appui davantage en ajoutant : *Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. C'est fermement affirmé et il y a peu de chance qu'au sénat interviennent des modifications.*

Il redonne toute son actualité à la circulaire de décembre 2007 concernant la mise en œuvre des PRAPS de troisième génération dont depuis 2000 la déclinaison locale se fait dans les ateliers santé ville. Il est sans ambiguïté que la prise en compte de la santé des plus vulnérables doit être au cœur de tous les volets du plan stratégique régional de santé et pas seulement du PRAPS. Or, cette circulaire prévoyait une remise en cohérence de l'ensemble en demandant que soit nommé un référent santé précarité régional dont le rôle principal sera de s'assurer de la bonne application de la loi dans chacun de ses volets pour que s'instaurent toutes les passerelles indispensables comme on a pu le voir aujourd'hui, entre le PRAPS, le plan psychiatrie santé mentale et par exemple pour le logement les PDALPD ou le plan santé environnement.

Ce sera un outil précieux dans la nouvelle configuration qui va se mettre en place en 2009 entre les nouvelles ARS dont le champ sera beaucoup plus vaste que par le passé en ce qui concerne la santé et la protection sociale et les directions régionales ou interdépartementales de la cohésion sociale qui assureront au même niveau régional le complément social d'égalité des genres, etc.

C'est une nouvelle dynamique qui à travers les ateliers santé ville et les PRAPS commence à être bien mise en place dans les régions. Il n'y a aucune raison qu'elles perdent les acquis de l'expérience de la configuration précédente. Nous en attendons un renouveau de la prise en compte des plus démunis par l'ensemble des acteurs dans la plus grande transversalité.

Et non seulement j'appuierai la transgression validée mais aussi sur le fait que ce n'est pas du bricolage, contrairement à ce qui a été dit et répété. Ce qu'il se passe sur le terrain est un processus parfaitement scientifique d'expérimentation, d'intuition qui se fait à partir des expériences passées, puis de vérification, enfin de diffusion. Nous nous y appuyons notamment avec les ateliers santé ville, tout ce qui s'est passé dans les PRAPS, mais aussi depuis une trentaine d'années avec tout ce qui concerne la promotion de la santé pour tirer parti au mieux des expériences de terrain.

Actuellement, avec les grandes disparités territoriales de région à région entre les modalités, les divers types de directions départementales, interdépartementales et régionales, il va absolument falloir fonder les politiques régionales sur les expériences locales. Avec l'appui, bien entendu, des pouvoirs politiques locaux et donc des collectivités territoriales.

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé

API : Allocation de Parent Isolé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réhabilitation Sociale

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DIM : Département d'Information Médicale

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESAT : Établissements ou Services d'Aide par le Travail (anciennement CAT)

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à caractère sociale

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

PTS : Programme Territorial de Santé

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social de l'Adulte Handicapé

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

TAA : Tarification à l'Activité

VAP : Validation des Acquis Professionnels