



ACTES DE LA JOURNÉE INTERRÉGIONALE BRETAGNE ET PAYS DE LOIRE

organisée le 29 novembre 2007
à l'Institut Régional du Travail Social de Bretagne à Rennes

Santé mentale et précarité

**Soigner et prendre soin en contexte de précarité :
une préoccupation de la santé mentale
et du travail social à l'échelle des territoires**

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de Loire

Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP)
Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE)

9 h 00 **ACCUEIL DES PARTICIPANTS**

9 h 30 **Allocutions d'ouverture**

M. François GALARD,

Directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Bretagne représentant M. Jean DAUBIGNY, Préfet de la région Bretagne, Préfet d'Ille-et-Vilaine et M. Philippe CHERVET, Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne

Mme Clotilde TASCAN-MENNETRIER,

Adjointe à la santé, représentant M. Edmond HERVE, Maire de Rennes

10 h 00 **"Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin"**

Dr Jean FURTOS,

Psychiatre, Directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ORSPERE / ONSMP)

10 h 30 **Table ronde**

"Les élus locaux face à la préoccupation santé mentale précarité"

Modérateur : Dr Laurent El GHOZI, Adjoint à la santé, Mairie de Nanterre

Participants :

M. Pierre SALLIOU, Maire de Pabu (Côtes d'Armor)

Mme Christine LELIEVRE, Maire de Séverac (Loire Atlantique)

Mme Monique LE CLEZIO, Chargée de la santé en Pays du Centre Ouest Bretagne, Conseillère générale des Côtes-d'Armor,

Mme Catherine CHOQUET, Adjointe à la santé, Mairie de Nantes

11 h 30 **Table ronde**

"Les acteurs sociaux face à la préoccupation santé mentale précarité"

Modérateur : M. Eric LEGRAND, sociologue consultant à Rennes

Participants :

M. Paul BARRET, Président de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale de Bretagne,

Mme Marie-Françoise PILET, Présidente de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques des Pays-de-Loire,

Mme Marie-Renée GAUDICHON, Responsable du Centre départemental d'action sociale de Chartres de Bretagne (Conseil général d'Ille-et-Vilaine),

Dr Pierre BODENEZ, Psychiatre au Centre hospitalier universitaire de Brest

12 h 30 **COCKTAIL DÉJEUNATOIRE**

APRÈS - MIDI

14 h 00 ATELIERS

Des dispositifs spécifiques et complémentaires : quelle évolution ?

- Atelier 1 Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité : témoignage de l'équipe du Centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes
- Atelier 2 Les réseaux spécialisés : témoignage du réseau santé mentale précarité à Angers

La précarité au sein de territoires diversifiés : quels partenariats ?

- Atelier 3 En milieu urbain : témoignage du réseau Lampadaire à Rennes et du réseau A.P.A.R.T.V. à Laval
- Atelier 4 En milieu rural : témoignages d'une approche multipartenariale sur le bassin de Pontivy et en Haute Mayenne

Vers une approche globale des personnes en souffrance psychosociale

- Atelier 5 Aller au-devant des enfants et des adolescents : témoignages de l'équipe mobile de pédopsychiatrie à Bain-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine) et de la coordination des infirmières scolaires de l'Académie de Nantes
- Atelier 6 L'entraide mutuelle : témoignage du collectif des Groupes d'Entraide Mutuelle GEM Ouest
- Atelier 7 Logement adapté, habitat et lien social : témoignages d'expériences menées à Angers, Brest et Rennes

16 h 15 SYNTHÈSE DES ATELIERS

Mme Carole FESTA, Mission nationale d'appui en santé mentale

16 h 40 PERSPECTIVES

Dr Pierre LARCHER, Chargé de mission santé précarité à la Direction générale de l'action sociale

17 h 00 FIN DE LA JOURNÉE

« Le soigner (le thérapeutique) et le prendre soin (de la personne) sont des notions non équivalentes, qui s'articulent de manière variable en fonction des champs et des pratiques. Ainsi l'hôpital continue de soigner, mais a abandonné une partie du prendre soin en raison d'une évolution des pratiques, liée entre autre à des impératifs budgétaires. On sait également que le prendre soin est de plus en plus assumé par les intervenants sociaux les plus divers, particulièrement du fait de la précarité sociale.

La dissociation du soigner et du prendre soin justifie pour l'essentiel le travail en réseau. La journée permettra d'aborder sous cet angle différents types de pratiques de santé mentale, en envisageant cette problématique du côté des responsables territoriaux, associatifs et institutionnels. »

Dr Jean FURTOS,

psychiatre, directeur scientifique de l'ONSMP – ORSPERE à Lyon

- Sommaire -

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE.....	6
M. FRANÇOIS GALARD.....	6
MME CLOTILDE TASCON-MENNETRIER.....	9
INTRODUCTION À LA DIALECTIQUE DES NOTIONS DE SOIGNER ET DE PRENDRE SOIN.	12
DR JEAN FURTOS.....	12
TABLE RONDE : LES ÉLUS LOCAUX FACE À LA PRÉOCCUPATION SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ	21
M. PIERRE SALLIOU.....	21
MME CHRISTINE LELIEVRE.....	21
MME MONIQUE LE CLEZIO	21
MME CATHERINE CHOQUET.....	21
TABLE RONDE : LES ACTEURS SOCIAUX FACE À LA PRÉOCCUPATION SANTÉ MENTALE PRÉCARITÉ	36
DR PAUL BARRET.....	36
MME MARIE-FRANÇOISE PILET	36
MME MARIE-RENÉE GAUDICHON	36
DR PIERRE BODENEZ	36
ATELIERS.....	50
SYNTHÈSE DES ATELIERS	81
MME CAROLE FESTA.....	81
PERSPECTIVES	85
DR PIERRE LARCHER	85
ANNEXES	87
MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION	88
MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE.....	89

Allocutions d'ouverture

M. François Galard¹

Madame l'Adjointe au maire, Monsieur le Directeur de l'IRTS, Mesdames et Messieurs,

Je voudrais d'abord vous présenter les excuses de Monsieur Jean Daubigny, Préfet de la région Bretagne, Préfet d'Ille-et-Vilaine et celles de Monsieur Philippe Chervet, le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne qui regrettent profondément de ne pouvoir être aujourd'hui avec vous pour ouvrir cette manifestation.

Ils m'ont chargé, retenus par des engagements qu'ils n'ont pas pu différer, de vous transmettre leurs vœux de belle réussite de cette journée de travail. C'est donc en leur nom que je suis très heureux d'accueillir ici, vous tous et vous toutes, pour cette journée de travail et d'échanges sur le thème santé mentale et précarité et d'ouvrir cette manifestation par quelques mots à la fois de bienvenue et de cadrage.

Je voudrais remercier le Directeur de l'IRTS, où nous nous trouvons aujourd'hui, de nous accueillir dans ses locaux pour une manifestation interrégionale Bretagne – Pays-de-Loire. Je salue plus particulièrement nos voisins de la région des Pays-de-Loire à qui je souhaite la bienvenue.

Monsieur Jean-Christophe Paille, le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays-de-Loire est ici représentant, Monsieur Jean-Pierre Parra, le DRASS des Pays-de-Loire l'est aussi, plusieurs collègues directeurs des DDASS de la région sont également présents, je les en remercie.

Tous et toutes ces collègues ont apporté leur soutien à cette journée et ont assuré le concours de leurs équipes à la préparation de cette rencontre.

Cette rencontre est centrée sur le thème des problèmes actuels de la santé mentale et de la souffrance psychique. Elle concerne les personnes en situation de précarité, d'exclusion, de vulnérabilité sociale. Comment améliorer la réponse apportée aux questions que nous allons essayer de traiter aujourd'hui ? Trouver des réponses, apporter des pistes de progrès possibles.

D'abord nous devons essayer de clarifier les choses **et distinguer deux domaines** :

- d'une part, le domaine des malades mentaux dont la pathologie crée des situations de précarité,
- et d'autre part, les personnes les plus démunies en situation de souffrance psychique dont la réinsertion, toujours difficile, devrait atténuer cette souffrance.

En effet, la société française a connu dans les 20 dernières années, des mutations importantes qui ont bouleversé le champ de l'intervention publique et en particulier les politiques d'action sociale. L'objet principal de l'intervention sociale porte désormais sur de nouveaux publics, qui trouvent difficilement leur place dans un contexte de chômage et de concurrence. Sans être exhaustif, on peut citer les personnes bénéficiaires du RMI et des minima sociaux, les populations visées par les politiques de la ville, les jeunes en particulier les 16-25 ans, qui fréquentent les missions locales et tous les grands exclus, les errants, les bénéficiaires des plans d'urgence sociale. Je signale d'ailleurs que la première conférence de consensus sur les sans abris organisée par la FNARS aujourd'hui et demain à Paris pose

¹ Directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Bretagne représentant M. Jean Daubigny, Préfet de la région Bretagne, Préfet d'Ille-et-Vilaine et M. Philippe Chervet, Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne.

la question : comment se soigner quand on est dans la rue ? Et ce matin, sur une radio qui évoquait cette journée organisée par la FNARS, la question était posée : est-ce que le plus grand hôpital psychiatrique de France, ne serait pas la rue ?

Les travailleurs sociaux et le secteur associatif sont de plus en plus fréquemment confrontés à l'expression de souffrance et de troubles psychiques générés ou aggravés par de multiples difficultés. Décomposition de liens sociaux et familiaux, difficultés à s'inscrire dans un projet de vie, prises de risque, conduites addictives, violences, etc. Souvent en première ligne sur le terrain, ces intervenants sociaux se trouvent impuissants et dans l'incapacité à construire un projet d'insertion avec la personne du fait de l'importance de ses troubles psychiques.

Par ailleurs, nous savons bien que **les inégalités de santé sont très souvent le reflet des inégalités sociales et que la souffrance psychosociale est l'un des déterminants importants de la précarité**. Celle-ci se manifeste souvent dans les centres sociaux, dans les circonscriptions d'action sociale, dans les quartiers, dans les territoires de vie et l'habitat de ces populations. Et les élus locaux, Mme l'adjointe au maire, nous le savons, sont eux aussi dans une position similaire à celle des acteurs de terrain du fait de leur proximité des populations. Leur stratégie d'intervention s'organise différemment même si elle est proche de celle des professionnels. Ils pourront nous le dire lors de la première table ronde de cette matinée.

Nous devons nous persuader que l'ensemble de ces mutations sociales bouleverse nos points de repères actuels. La question qui est posée : est-ce que la psychiatrie est en dehors de ces enjeux ? A l'évidence, il n'en est rien. La politique d'ouverture des asiles, la suppression des lits en psychiatrie durant les 30 dernières années, ont révolutionné les pratiques. L'hôpital n'est plus un lieu de vie, et on s'en réjouit, mais un lieu de soins. La conséquence : ont été renvoyés vers la cité des malades sans doute stabilisés sur le plan psychiatrique mais dont les « habiletés sociales » sont invalidées. Ces patients bénéficient d'un suivi régulier au Centre médico psychologique de secteur, mais ils ont besoin d'un étayage dans leur vie quotidienne. Ils ont besoin de solution pour leur logement, d'un travail. De plus, face à l'augmentation des demandes de soin en santé mentale, certaines équipes de secteur psychiatrique peuvent considérer que leur activité est strictement définie par le soin sans intégrer nécessairement toute la dimension de ses liens sociaux.

Alors, faut-il psychiatiser le social ? Ou faut-il socialiser la psychiatrie ?

En effet les équipes de secteur prennent en compte ces nouvelles demandes et de nombreuses actions sont menées sur le terrain avec beaucoup de pragmatisme. Il est essentiel de les faire connaître, c'est un des objets de notre journée. Il est essentiel de les évaluer. Il est important de les mettre en réseau. Et ceci, notamment dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des DRASS. Ces programmes ont vraiment conforté le décloisonnement du sanitaire et du social, depuis les années 2000-2002, **les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) de troisième génération** sont d'ailleurs **en cours de préparation pour la période 2008-2010**.

Enfin, **le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 retient comme une priorité la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion**. A cet effet, des moyens spécifiques ont été alloués à nos deux régions pour le renforcement et pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Elles pourront témoigner de leur pratique dans un des ateliers de cet après-midi.

C'est dans le cadre de ce plan santé mentale que le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, a saisi l'observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité pour organiser des journées interrégionales d'échanges en vue d'impulser et de soutenir localement des pratiques partenariales innovantes, multi professionnelles.

Avec l'appui de l'Observatoire, et je remercie son directeur scientifique le Docteur Jean Furtos, présent parmi nous aujourd'hui, les deux DRASS de Bretagne et de Pays-de-Loire ont accepté à la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale, représentée ici aujourd'hui de réunir l'ensemble des acteurs concernés par ces questions. Nous devons à la fois échanger sur les pratiques professionnelles entre associations et intervenants du champ de la précarité, du logement, des tutelles, de la santé. Nous souhaitons que ces journées puissent permettre **de mettre en lumière des dispositifs innovants tels que des équipes mobiles, le travail en réseau, le logement adapté** dont nous parlerons précisément cet après-midi. Car ces expériences souvent remarquables restent fragiles et isolées.

Enfin, nous souhaiterions que ces journées puissent permettre de dégager des pistes de travail et de recommandations pour l'avenir.

Nous sommes convaincus, en organisant cette journée, que les personnes en grande difficulté ont besoin plus que d'autres certainement d'une approche globale de leur santé avec les compétences diversifiées, les différents métiers que vous représentez ici dans cette salle. Ceci pour les conduire vers les soins, en assurer la continuité et dans tous les cas, les accompagner socialement au sens large du terme en englobant la notion de santé et l'expérience personnelle du bien être.

Je vous souhaite à toutes et à tous une excellente journée de travail. Puissiez-vous, puissions nous repartir avec des idées neuves et des pistes de travail pour la suite de vos interventions, de nos interventions sur le terrain.

Je vous remercie.

Mme Clotilde Tascon-Mennetrier²

Bonjour à toutes et à tous. Merci Monsieur le Directeur de l'IRTS de nous accueillir dans votre salle. M. le directeur régional, merci pour cette organisation, parce que je pense que c'est très important que nous puissions nous retrouver autour de cette thématique. Cher Monsieur Furtos, j'ai eu l'occasion déjà de travailler avec vous. J'ai beaucoup de plaisir à vous voir ici près de nous aujourd'hui.

Je serai un peu provocatrice, en citant un anglais qui disait « beaucoup seront surpris d'apprendre que la plus grande contribution à la santé de la nation durant les 150 dernières années est due non pas aux médecins et aux hôpitaux, mais aux élus locaux ».

Si je reprends cette phrase, ce n'est pas simplement pour nous faire plaisir, aux élus locaux, mais pour dire aussi la responsabilité des élus locaux au niveau de la santé, de la population. Si l'on regarde les études de l'OMS : elles montrent que si on considère **notre capital santé** dans sa globalité, simplement 15% (parfois ça peut aller jusqu'à 20%) sont déterminés par les influences de notre patrimoine génétique. Notre héritage sur lequel on ne peut pas grand-chose. 15% relève de l'influence des services sanitaires et entre **60 et 70% dépendent des conditions de vie sociale, de vie économique, de relations au travail**, etc. C'est bien sûr sur cet aspect là que les élus locaux entendent avoir un rôle extrêmement important. Nous prenons à Rennes (nous appartenons au réseau européen des villes santé) comme repère la définition de la santé, non pas la santé la version négative, c'est-à-dire l'absence de maladie ou d'infirmité, mais bien au contraire la définition du bien être (physique, psychique, mental) de la population. Bien évidemment, c'est dans ce cadre là que **la souffrance psychosociale, les troubles de la vie sociale aussi, interrogent les élus locaux**. Ça nous interpelle pour mettre en place des politiques. J'insisterai sur un aspect qui me semble extrêmement important pour les élus : c'est l'organisation de la ville, l'aménagement de la ville. Ça a une influence extrêmement importante sur le bien être de la population. Par exemple, de ne pas faire de ghettos, de faire de la mixité sociale, de la mixité intergénérationnelle, de construire la ville pour que la rencontre soit possible, faire des espaces de vie, avoir un maillage de l'ensemble de notre territoire, avoir des politiques qui accompagnent le monde associatif, faire en sorte que chacun puisse avoir une place dans la cité, ce sont des citoyens de sa ville. Tout cela finalement fait en sorte de rechercher plus de cohésion sociale, car il faut bien dire que les objectifs politiques sont extrêmement importants et nos objectifs politiques, c'est d'abord rechercher le plus possible la cohésion sociale, c'est lutter contre la stigmatisation, contre l'exclusion.

Nous avons eu plaisir à accompagner dans une grande manifestation qui a eu lieu à Rennes sur *une envie de ville*, notamment la campagne lancée par l'**UNAFAM** : « **accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques** ». C'était une campagne difficile, mais nous l'avons ciblée au cœur de la ville dans cette manifestation « une envie de ville » pour montrer combien c'était important. Monsieur Furtos dit : « le rôle des élus est de lutter de toutes leurs forces contre la tendance à la persécution de tous par tous, contre l'homme, pour l'homme ». J'ai essayé de faire mienne cette phrase un peu choc sur le rôle des élus locaux.

² Adjointe à la santé, représentant M. Edmond Hervé, Maire de Rennes

J'ai aussi une autre préoccupation en tant qu'élue locale et c'est un des objectifs : c'est de **ne pas avoir à intervenir dans l'urgence**. Certes, les élus sont souvent appelés pour gérer les situations de grande détresse sociale dans l'urgence. Mais si nous pouvions agir en amont ! Ce n'est pas une utopie. Il y a de toute évidence aujourd'hui un changement de mentalité à opérer. Je sais que nous avons du mal à opérer ce changement, mais je me dis toujours qu'il y a 80% des patients suivis par la psychiatrie publique qui ne sont jamais hospitalisés. Il y a beaucoup d'autres qui ne restent que très peu de temps, de moins en moins de temps, d'où sans doute cette nécessité de concevoir des partenariats hospitaliers, certes, mais avec tout l'ensemble des acteurs sociaux et des politiques qui s'appuient sur les élus locaux. Ça exige de nouvelles pratiques. On parle maintenant du renouvellement des pratiques, de modifier nos pratiques, de travailler en réseau. Je me souviens quand j'ai été élue à la santé pour la première fois, ce qui m'a frappé le plus (comme nous avons fait un diagnostic), c'était de nous rendre compte combien la prise de psychotropes à Rennes était importante. Et pas dans n'importe quel type de situations : l'hôpital psychiatrique, le responsable des demandes me disait : « Madame Tascon, ne vous y trompez pas. **Une des drogues les plus importantes ici, c'est le médicament** ». Et quand on regarde les chiffres de la CPAM, on est interpellé par cette prise de psychotropes. Nous avons regardé pour plus de détails, on a vu que c'était les femmes, plutôt dans le cadre de familles monoparentales, que ce n'était pas nécessairement non plus dans tous les quartiers... **Les inégalités territoriales existent également au niveau d'une ville**. L'interpellation de tous les professionnels de la santé est importante pour les élus locaux que nous sommes. On a ici une habitude de travail en Bretagne, mais en Ille et Vilaine particulièrement, avec les services de l'Etat. **Nous étions engagés dès l'origine dans une déclinaison territoriale du PRAPS** ; nous avons même un groupe de travail tout simplement sur « santé mentale précarité ». C'est ce groupe qui a souhaité avoir une réflexion plus particulière sur ce que nous avons appelé « les fragilités psychologiques et troubles de la vie sociale ». En septembre 2002, suite à un certain nombre de constats partagés par tous les intervenants publics et privés, aux problèmes posés par les personnes atteintes des troubles psychologiques, nous avons demandé une recherche action à l'APRAS pour voir comment à Rennes, nous pouvions mieux intervenir dans ce champ. Aujourd'hui, beaucoup de procédures ont été mises en œuvre (je ne vais pas les détailler ici) et je voudrais remercier tous les acteurs qui interviennent notamment au niveau des quartiers : le Lampadaire, dispositif existant dans un quartier rennais, vous sera présenté. Je voudrais insister sur cette nécessité d'avoir des réponses au niveau des quartiers, d'avoir des lieux où se rassemblent toutes les personnes qui peuvent avoir une intervention à ce niveau là. On sait que l'hôpital public ne peut pas seul jouer le rôle de référent. C'est quelque chose que l'on a découvert simplement ces dernières années. Mais que les associations aussi ont un rôle très important et que tous les acteurs, c'est ensemble qu'ils peuvent trouver de nouvelles solutions. Bien sûr, il y a plusieurs groupes de travail aujourd'hui sur Rennes et qui vous seront en partie présentés.

Ce qui est important, c'est toute la **réflexion autour de l'habitat social des troubles du voisinage, autour de l'hébergement spécifique** et un des thèmes que nous avons particulièrement travaillé aussi est l'hospitalisation sans consentement, parce que l'on sait que la prévention de ce type de situations fonctionnera d'autant mieux que les partenariats de territoire permettront d'anticiper des réponses différentes et appropriées.

Je ne vais pas détailler puisque ce sont des choses que vous aurez cet après-midi dans les ateliers.

Je profite de ce temps de parole pour remercier l'équipe mobile de psychiatrie. C'est une des grandes évolutions de ces dernières années sur Rennes. J'ai beaucoup défendu ce dossier et j'avoue que cette équipe, qui a été étendue aujourd'hui aux territoires de Rennes Métropole, fonctionne véritablement bien, en collaboration avec les infirmières dans la toxicomanie, dans l'alcoologie, à la demande des professionnels, du secteur social et médico social. Ce type de travail est précieux. Il a permis de tisser des liens pour créer des accompagnements sur mesure. Au niveau d'une collectivité locale, on sait qu'aujourd'hui, on ne peut faire que du sur-mesure, du cas par cas. Il nous reste quand même un certain nombre de défis.

Un des défis : si nous tentons aujourd'hui de trouver des solutions sur la ville, il nous reste encore des questions autour de **l'organisation dans le parcours de soins et dans la continuité des soins dans l'accompagnement social**. C'est toujours pendant, après l'hospitalisation, lors des allers-retours et bien sûr la section dans la vie quotidienne, et dans la vie professionnelle. Autrement dit, quelle nouvelle articulation entre le secteur social, médicosocial et le sanitaire qui permettra aux usagers de la santé mentale de vivre comme citoyen, malgré les particularités de ce type de souffrance. On vient de signer au niveau départemental, **une chartre de coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico social**. On y retrouve tous les partenaires : le Conseil Général, l'Etat, l'ARH, toutes les associations, les fédérations hospitalières, les GEM (qui sont très importants, et un atelier en parlera cet après-midi et à Rennes, j'en suis très fière et nous les soutenons avec le Conseil Général).

Rennes a un slogan : « **Vivre en intelligence** ». C'est permettre de faire en sorte que chacun puisse trouver sa place avec toutes les différences. La légitimité des élus est de se préoccuper de leurs concitoyens, c'est en cela que les élus sont interpellés par les professionnels de santé, mais aussi tous les acteurs de la vie sociale par cette préoccupation autour des problèmes de santé mentale ou des troubles de la vie sociale, des troubles psychosociaux.

Merci.

Danielle Messenger

Merci. Bonjour à tous, je viens d'arriver. Désolée pour le retard, la SNCF.... Je vais prendre le relais pour établir le lien pendant cette matinée. Je suis journaliste médicale sur France Inter et c'est à ce titre que l'on m'a demandé de faire le lien autour des deux tables rondes de cette matinée. Je ne vais pas revenir sur les propos qui ont été tenus : en termes d'introduction, vous savez pour quelle raison vous êtes là, de quoi on va parler. Le but est d'échanger pendant toute la matinée, afin de repartir avec l'idée que ce n'était pas un colloque de plus, mais que vous vous êtes nourris des réflexions, des échanges et des idées des autres.

Avant d'entamer véritablement les deux tables rondes, je donne la parole au docteur Jean Furtos. Quand j'ai lu l'intitulé de votre intervention, Docteur Furtos, c'est un petit peu compliqué : « Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin ». Puis, quand je vous ai eu au téléphone, je me suis dit que c'était bien un titre d'intervention de psychiatre et après avoir échangé avec vous, j'ai bien compris que vous alliez clarifier tout cela. Il faut préciser aussi ce qu'est le soin, soigner, car la médecine a changé, la prise en charge a changé, elle est devenue plus compartimentée, plus technique, chacun son rôle, le social, le soignant, celui qui s'occupe de la tête, du corps, un autre de l'environnement. Et pourtant chacun prend soin à sa manière. Comment fonctionne cette articulation autour de la personne qui est en souffrance, qui a besoin d'être aidé. Je vous laisse la parole, Docteur Jean Furtos. Je rappelle que vous êtes aussi directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) ; je vous en prie.

Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin.

Dr Jean Furtos³

Merci Madame Messenger. Je vais essayer de parler à la fois en psychiatre et en français courant. Au demeurant, les verbes soigner et prendre soin devraient être compris immédiatement par tout un chacun. Le mot le plus difficile est celui de dialectique, il introduit une motion de mouvement entre ces deux notions.

Monsieur le Directeur Régional, Madame la Maire Adjointe représentant Monsieur le Maire de Rennes, Mesdames et Messieurs les élus, Mesdames et Messieurs, Cher(e)s Collègues, cela me fait extrêmement plaisir de me retrouver à Rennes. Vous avez parlé, Madame Tascon-Mennetrier de cette époque pas si ancienne où nous avons fait un travail commun autour du rôle des élus, travail qui a été passionnant, fécond et qui m'a beaucoup appris. Il y avait aussi Catherine Choquet, Maire Adjoint de Nantes, Laurent El Ghozi, maire adjoint de Nanterre et beaucoup d'autres... Par rapport à ce qu'a dit Monsieur le Directeur Régional, le rôle de l'ONSMP a été simplement celui-ci ; les maîtres d'œuvres de cette journée sont tout de même les DRASS de Bretagne et Pays de Loire et nous nous sommes contentés de contribuer à la cohérence de ces journées, car il est toujours difficile de trouver une cohérence. Au fond, la simplicité est une conquête.

Je ne reprendrai pas tout ce qui a été dit dans les interventions inaugurales qui ont précisé les populations qui nous concernent et le rôle majeur de l'environnement culturel et politique pour entrer directement dans mon objet : **soigner et prendre soin en contexte de précarité.**

1 – Santé mentale en contexte de précarité : ouverture

Qu'est-ce que la précarité ? Ce n'est pas la pauvreté, même s'il peut y avoir concomitance ou succession. Contrairement à la précarité normale, constitutive de l'être humain, le contexte social qui favorise la précarité exacerbée aboutit à une baisse des confiances de base qui permettent de vivre ensemble : confiance en soi-même, confiance en autrui, confiance en l'avenir par nature incertain.

C'est pourquoi, la santé mentale n'est pas équivalente à la psychiatrie : elle inclut le travail psychique, le travail social, et celui de beaucoup d'institutions dans la cité....., y compris les élus locaux, les usagers... Fait capital, pour qu'il y ait un champ de santé mentale qui ne soit pas un patchwork, il est indispensable que les responsables et intervenants de ces institutions partagent un bien commun que j'appelle *préoccupation de santé mentale* : le mot *préoccupation* est très important, car il introduit un souci pour l'avenir, une anticipation, et donc le refus de fonctionner uniquement dans l'urgence, lorsque les choses débordent...Je reviendrai tout à l'heure sur la santé mentale et le travail social.

J'aimerais que cette conférence introductive soit reçue non pas comme un cours magistral qui dirait les concepts, la vérité du discours, mais plutôt comme une aide pour penser la complexité des processus vivants en terme de santé mentale en contexte de précarité, pour préciser les évolutions que nous avons observées ces derniers temps et les indications, pratiques, de manière à amener des jalons, des questions pour cette journée : je dis souvent que comprendre un millimètre, c'est permettre d'avancer un mètre de plus. Je ne parlerai pas directement de la psychiatrie, j'essaierai de me situer en surplomb.

³ Psychiatre, Directeur scientifique de l'ONSMP-ORSPERE – Lyon-Bron

2 – Le soin et le prendre soin : définitions de départ

En anglais, on dit « cure » pour le fait de traiter et « care » pour le souci actif, le prendre soin. Quand deux personnes se quittent aux États-Unis, elles se disent « *take care* » = faites attention à vous, prenez soin de vous. Mais ce n'est pas aussi simple que ça, parce que le mot latin *cura* signifie aussi bien le soin que le souci. A l'origine, il y a une intrication entre l'acte technique et le souci. Il est intéressant de préciser les différences. On dira que **le soin est un geste technique**, somatique, psychique ou autre **qui nécessite en principe des compétences**, une formation, un apprentissage, qui fait souvent, mais pas toujours partie d'un métier, qui est alors régi par les règles du métier. En complémentarité, en opposition, **le prendre soin est une posture** qui se manifeste aussi par des gestes, mais sa définition pour moi et cela est fondamentale, c'est que **cette posture est portée par une préoccupation pour la vie de l'autre**. Prendre soin, c'est « je me soucie de la vie de l'autre », qu'il ne meure pas, mais aussi qu'il vive bien dans son individualité, dans son être social, dans son être biologique. **Cela nécessite** non pas une formation, même si elle est utile, mais cela s'appuie sur **une expérience**. On peut apprendre à prendre soin, mais surtout on apprend à désapprendre ce qui l'empêche. Par exemple, on n'apprend à personne ce que c'est que de parler et écouter. Ça ne s'apprend pas, écouter, ça ne s'apprend pas, parler pour de vrai et pas faire du discours pour ne rien dire... Par contre, on peut désapprendre ce qui nous empêche de vraiment écouter, de vraiment parler. Autrement dit, s'il peut y avoir des cursus universitaires, ce n'est pas dans les bouquins qu'on apprend à prendre soin. Tout le monde le sait ! Mais le redire est utile.

3 – Hypothèse de la dissociation contemporaine des deux notions

L'hypothèse proposée dans l'argumentaire, après en avoir discuté au comité de pilotage, c'est qu'il y a une **tendance historique à dissocier le soin et le prendre soin dans les hôpitaux**, une sorte de restriction du prendre soin au bénéfice du soin. Évidemment, cela modifie les pratiques des soignants et des autres techniciens de l'hôpital. Pourtant, il faut rappeler que l'hôpital intègre naturellement ces deux aspects : par exemple, on soigne à l'hôpital, bien évidemment, mais quand on donne le gîte et le couvert, cela signifie aussi que l'on accueille, que l'on prend soin. Hôpital vient du même mot qu'hospitalité. Il y a une attitude à l'hôpital, accueillir un certain type de dénuement et de souffrances, qui est du côté du prendre soin. Historiquement, l'hyper technicisation des pratiques, les modes de management nouveaux ont des effets positifs sur le soin technique et négatifs sur le prendre soin. J'en donnerai deux exemples historiques : j'ai connu à l'hôpital psychiatrique (quand il est sorti de l'asile) une grève des infirmières en psychiatrie qui refusaient l'introduction des ASH, parce qu'elles revendiquaient le fait que c'était à elles de faire le ménage : « Nous sommes porteurs du quotidien de nos patients –disaient-elles- et nous voulons les accompagner ». Maintenant, les infirmières se battraient plus pour faire une licence de psychologie, d'anthropologie, ou de gestion hospitalière... A l'époque, les infirmières revendiquaient le prendre soin dans tout le quotidien comme faisant partie de leur métier. Progressivement, la dissociation, entre le soin et le prendre soin s'est affirmée, autant dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux, en séparant de plus en plus le lieu du soin et le lieu de vie. Ainsi, en maternité (quand j'étais plus jeune, j'ai eu l'occasion d'être interne en obstétrique), à l'époque, le temps de séjour d'une maman qui venait d'accoucher était de 11 jours. Aujourd'hui, il faut presque diviser par 4 ! Autrement dit, il y a une fonction sociale de l'hôpital dont nous n'avons plus ni l'idée ni les moyens qui doivent être dispatchés d'une autre manière : on fait simplement attention à ce que la mère et l'enfant se portent bien, et puis, s'il y a une famille c'est mieux, sinon, c'est plus difficile.

4 – Intrication des deux notions

Dans ce premier temps, j'ai essayé de montrer que **soigner et prendre soin** sont dissociables, mais je voudrais maintenant dire comment **on ne peut pas les dissocier d'une manière radicale**, en vous donnant encore un exemple : j'ai perdu un ami décédé récemment, qui a eu cependant la chance de mourir chez lui, accompagné de tous les siens, ses amis, sa famille. Une de ses filles est infirmière diplômée d'état et travaille en réanimation depuis 20 ans. Une professionnelle hors pair, hyper technicienne mais très dans la relation. Elle a contribué aux soins de son père dans l'hospitalisation à domicile. A partir de ce moment là, elle n'a plus pu faire de la réanimation, parce que le soin au corps du sujet pouvant mourir lui rappelait l'accompagnement de son père. Autrement dit, le refoulement, c'est-à-dire l'oubli nécessaire de l'implication personnelle dans l'hyper technicité, avait été levé. Or quand on donne un soin technique, il faut oublier son inconscient, son préconscient. Il faut être dans le geste. C'est ce que l'on appelle la distance professionnelle. Plus un geste est hyper technique, plus il faut oublier ses fantasmes et sa subjectivité. Tout cela pour rappeler que même dans les gestes hyper techniques, il y a de l'affectivité, du prendre soin implicite et qui chez les psy peut devenir plus ou moins explicites. Par exemple, tous les psy qui sont dans la salle peuvent soigner 20 ou 30 personnes qui vont très mal dans leur vie, alors que nous ne pourrions pas nous occuper de plus d'une ou deux personnes dans notre famille ou parmi nos amis. Pourquoi ? Parce que nous avons la distance, une technicité qui nous permet, en étant affecté, mais sans être envahi par la souffrance de l'autre, de faire un travail distancié, professionnel. C'est également vrai dans le travail social, évidemment, où il y a une technicité et un accompagnement social.

La question revient dans chaque métier, dans chaque rôle y compris celui des élus, des usagers et il y aurait à préciser une échelle de répartition variable de la technicité et du prendre soin, de l'accompagnement interhumain. Je voudrais maintenant vous parler du changement de donne que nous avons observé.

5 – La nouvelle donne dans le champ psychosocial

Voici deux exemples historiques :

- dès **l'introduction du RMI**, un certain nombre de travailleurs sociaux ont été affectés par le fait que les bénéficiaires ne pouvaient pas faire de réinsertion, le I du RMI et avaient une sorte de souffrance psychique vague mais certaine, qui les empêchait de retrouver un travail, qui les empêchait éventuellement de se soigner, alors qu'ils n'étaient ni schizophrènes ni dépressifs typiques, et qui pourtant allaient mal, avec une inhibition à passer à l'action : tout cela a remonté et donné le rapport Strohl-Lazarus « **Cette souffrance que l'on ne peut plus cacher** », 1988, le RMI, 1995, le Rapport Strohl-Lazarus : ce n'est pas si vieux que cela.
- les bailleurs : à l'ORSPERE-ONSM, nous avons été tout à fait stupéfaits, depuis ces dernières années, d'avoir été sollicités par les bailleurs qui nous disaient « aidez-nous ». Pourquoi cela ? Parce que, normalement, **le métier technique du bailleur est de procurer une jouissance paisible d'un logement**, c'est la définition de la loi. Cette jouissance paisible est rendue difficile par le fait qu'il y a d'avantage de malades mentaux dans la cité et c'est un bien (puisque les hôpitaux psychiatriques ne sont plus pour l'essentiel des lieux de vie), avec beaucoup de précarité sociale qui donne des difficultés, beaucoup de problématiques avec les jeunes, les moins jeunes qui donnent, ce que l'on peut appeler des troubles de voisinage ou plutôt un voisinage troublé, si l'on ne veut pas produire une nouvelle nosographie. Les bailleurs sont maintenant très ouverts au travail avec les secteurs de psychiatrie, avec les élus. Leur métier s'est transformé, il y a des médiateurs et des médiations : j'ai fait une réunion il y a quelques mois à Rennes où je me suis en effet « aperçu » que **les bailleurs exercent maintenant une capacité de médiation** au niveau des chargés de clientèle, par exemple, mais aussi avec des agents qui sont typiquement recrutés en qualité de médiateurs. Leur métier a changé, ce n'est plus de la technicité pure. Il y a un accompagnement explicite.

6 – Le contexte social de la précarité psychique et le remaniement du prendre soin

Tout cela est fonction d'un contexte, celui du néolibéralisme, de l'individualisation, qui peut aller jusqu'à l'atomisation des personnes. J'appelle cela **la précarité exacerbée**, évoquée plus haut, qui est le contraire de la bonne précarité. Nous sommes en effet tous des précaires. Quand nous étions bébés, nous étions hyper précaires, nous avions hyperbesoin des autres. C'est cela **la bonne précarité**, avoir besoin des autres, prendre confiance dans les autres qui nous aident, dans soi-même qui est bon puisque l'on nous aide, et dans l'avenir (si j'ai un problème, les autres m'aideront). Par contre, la précarité exacerbée que nous vivons aujourd'hui se passe de telle manière qu'au lieu de donner de la confiance qui se construit, on trouve de la méfiance et de la persécution qui coupent la confiance en soi, la confiance en l'autre, la confiance en l'avenir. Le sujet contemporain a peur d'être exclu, c'est-à-dire de ne plus se sentir appartenir comme un parmi d'autres à son groupe d'appartenance. **La grande obsession de la précarité exacerbée**, c'est : je vais devenir SDF, je vais perdre mon métier. Sous entendu : **je ne vais plus être un humain reconnu comme un humain, par ceux qui sont dans mon groupe d'appartenance**. Cette obsession est à connaître et à reconnaître ! C'est cela l'exclusion au sens psycho anthropologique, avoir le sentiment atroce de ne plus être reconnu comme un être humain, par les autres autour de soi. Cela a donné **la souffrance psychique décrite par le rapport Lazarus**. Cette souffrance psychique s'observe non pas d'abord dans les cabinets des psy, mais **sur les lieux du social**, chez les généralistes aussi : travail social, mairie, immeuble, rue... C'est ce que nous avons appelé **la clinique psychosociale**. Puisque cette souffrance est reconnue sur les lieux du travail social, elle oblige à un remaniement complet du prendre soin. Le prendre soin n'appartient plus aux seuls soignants ni aux seules familles, il est partagé par un grand nombre de professionnels et de non professionnels, les élus, les usagers. **Il y a donc une extension du prendre soin par le fait de l'individualisation de la souffrance sur les lieux du travail social**. Il y a une modification des limites de l'orthodoxie : pour ceux qui veulent travailler a priori dans l'orthodoxie, c'est vraiment grave, parce que l'orthodoxie serait alors ce qui a été découvert hier. Et si le contexte évolue, comment vais-je trouver l'orthodoxie d'aujourd'hui ? L'orthodoxie, c'est le jugement juste pour aujourd'hui, pas pour hier. Nous assistons et nous participons à une modification des orthodoxies.

7 – Une pathologie croissante dans ce contexte : le syndrome d'auto-exclusion et la modification des pratiques

J'ai été amené à décrire, à partir de **1999**, un **syndrome d'auto-exclusion**, qui est un ensemble de signes témoignant de la disparition du sujet dont je ne parlerai tout à l'heure que par certains symptômes sociaux. Globalement, les effets de cette précarisation, c'est surtout un isolement abominable. Le pire n'est pas la violence dans la rue ou dans les émeutes quand il y en a, ce sont les gens qui sont auto-internés chez eux, qui ne sortent pas ou qui sont internés dans leur propre corps, leur propre psyché, et qui se retrouvent complètement coupés d'eux-mêmes, qui **coupent les liens avec autrui et avec eux-mêmes** ou aussi la persécution et la violence. Mais **l'isolement est le symptôme majeur**.

Tout ce que je viens de rappeler **modifie les pratiques des intervenants de première ligne** que nous sommes pour l'essentiel dans cet amphithéâtre. Il y a aussi les intervenants de deuxième ligne constitués par la hiérarchie et la hiérarchie est affectée par ce qui se passe en première ligne. Elle doit protéger la première ligne et elle doit être loyale par rapport aux textes législatifs. C'est très difficile la hiérarchie aujourd'hui. Puis, il y a les décideurs de l'Etat, des Collectivités territoriales qui sont concernés à un niveau politique.

Par rapport à cette modification, cette apparition de la souffrance psychique de partout, on peut soit se blinder : « je ne suis pas concerné, je fais ce que je sais faire et je me coupe de moi pour ne pas souffrir du malaise des professionnels », or aujourd'hui, ce malaise EST nécessaire. Illustration : un jour je rencontre un cadre soignant à l'hôpital, et je savais qu'il était en grande difficulté dans sa pratique, je le vois souriant et je lui dis « Que se passe-t-il ? Ça va bien aujourd'hui ? ». Il me dit « oui. J'ai décidé de me désintéresser de mon travail. Je m'occupe de mes vacances et de mes enfants ». Il était bien. Il a peu changé depuis et il envisage de changer de métier. Si on n'est pas affecté par le contexte qui change, les souffrances qui viennent d'ici ou là, et nos propres souffrances que nous portons aussi, et bien, nous ne pouvons plus travailler de manière créative. Donc, **le malaise des professionnels doit être considéré comme faisant partie du paysage**. Il en est même le moteur de la réflexion et de l'action. Le moteur des professionnalisations, c'est le malaise des professionnels, le malaise des élus, le malaise des usagers, le malaise des politiques. Cela augmente en principe la préoccupation pour la vie des autres, donc le prendre soin et ça a donné : **l'aller-vers en psychiatrie, les équipes mobiles, le réseau, des dispositifs modifiés en interrelation**. Cela donne ce que Pascale Jamouille, une anthropologue de Bruxelles, appelle « le recours à des relations de proximité ». On est obligé d'être proche, c'est-à-dire de lâcher un peu la garde sur le professionnalisme orthodoxe d'autrefois. Mais cette proximité va entraîner deux types de conséquences pour que l'on ne devienne pas les copains ou les amis de ceux qu'on aide, parce qu'il faut pouvoir tenir une relation d'amitié avec des dizaines de personnes. Est-ce que l'on peut être ami avec 30, 35 personnes ? 50 personnes ? Une vraie relation d'amitié ? Non bien sûr. C'est en tant que professionnel que l'on est proche, en tant qu'élu. Cette proximité appelle **une éthique de la proximité**. Une position réflexive avec soi-même, avec d'autres. Un prendre en compte de l'impuissance : on est toujours impuissant par rapport au désir d'utopie... par rapport à la peur que l'on a. Il y a aussi une acceptation de la non toute puissance, parce que le risque, c'est l'emprise : je t'aide, mais tu deviens mon objet. Je suis proche de toi, mais c'est moi qui vais te dire ce qui est bien pour toi. Même avec la meilleure volonté du monde, l'emprise est la grande tentation de tous les professionnels qui ont une bonne volonté, comme une mère possessive (je dis cela, mais je ne pense pas que la préoccupation, le prendre soin doit être qualifié de maternage, et je vous dirai pourquoi tout à l'heure. Ce n'est pas du maternage, c'est autre chose). Vous voyez que quand l'on se rapproche de ceux que l'on aide, cela nécessite toute une déontologie du rapprochement avec les partenaires et les réseaux. C'est très difficile, c'est passionnant.

Cette éthique de la proximité oblige à des choses pas possibles, parce que les pathologies dont je vous ai parlées tout à l'heure, ces pathologies narcissiques, identitaires (qui suis-je ? Quelle est mon identité ?), **cette espèce d'obligation pour certains de se couper d'eux-mêmes pour survivre va donner des logiques à l'envers**. Voici quelques petits points d'une logique à l'envers quand on va mal, normalement on se dit : « *je vais mal. Mais après la pluie, le beau temps. Je vais tenir le coup. Je vais demander de l'aide et demain ça ira mieux* ». Donc, principe de plaisir, principe de réalité, principe de plaisir différé « *je ne veux pas me faire du mal, je ne veux pas me détruire* ». Si on en vient au désespoir, c'est-à-dire à la perte de confiance en soi, en autrui, en l'avenir, je vais faire des logiques à l'envers à savoir, plus je suis mal, moins je demande de l'aide. Plus je suis mal et plus on m'aide, plus je vais mal (réaction thérapeutique négative). Évidemment, l'aidant, de bonne volonté va penser : « mais comment ça se fait ? Je le respecte dans son besoin et il ne demande rien. Je l'aide, il va mal... ». Cela demande d'accepter des logiques à l'envers, de tolérer que quand nous intervenons, c'est difficile. Il m'est arrivé exceptionnellement de donner une indication pour certaines personnes à la rue qui avaient obtenu un logement, de remise à la rue en urgence pour ne pas qu'ils meurent, paradoxe à ne pas utiliser abusivement, cela va sans dire, et à accompagner avec sollicitude. On l'a vu avec les enfants de Don Quichotte à Paris, c'est le Samu Social de Paris qui m'en a parlé, il a fallu mettre toutes les personnes dans des hôtels, etc., certains ne l'ont pas supporté. Pourquoi ? Parce que l'on ne peut pas modifier impunément et trop rapidement un équilibre acquis pour survivre. Il faut respecter l'équilibre et aussi aider à ne pas mourir et aider à vivre. Il y a un renoncement au trop bien faire, extrêmement douloureux pour chacun d'entre nous, accepter un monde à l'envers, c'est très difficile, et cela ne veut absolument pas dire qu'il faut respecter le statu quo !

D'où il s'en suit que les aidants doivent prendre soin d'eux. Je dis souvent à mes internes : votre premier devoir, c'est de rester vivant. Parce que si vous n'êtes pas vivants -sous entendu psychologiquement- comment voulez vous aider les autres à vivre ? C'est pareil, avec toute cette proximité : le premier devoir des intervenants dans la clinique psychosociale, c'est de rester vivant. Quand on est vivant, on parle avec ses collègues, dans les analyses de la pratique, l'inter coaching, on lit des bouquins, on va au cinéma, on a une vie privée, on est protégé par sa hiérarchie...

En tout cas, il y a un rapport intime entre me respecter et respecter autrui, celui qui ne se respecte pas lui-même rentre dans le militantisme exclusif et il s'épuise.

Avec tout ça, **comment travailler ensemble ?** Il faut accepter provisoirement une indétermination des rôles. Dans ce chamboulement dont je vous ai parlé et que beaucoup d'entre vous connaissent de manière intime, personnelle et professionnelle, il y a une indétermination par rapport aux formations initiales. Il faut accepter un temps de ne pas savoir ce que c'est que l'orthodoxie. Quand on l'accepte, c'est incroyable de voir comment on devient intelligent, si on est plusieurs et l'on va trouver une nouvelle orthodoxie, une attitude juste, car le non savoir de l'indétermination est vectorisé. Par contre, **indétermination sans confusion des rôles** : le psychiatre ne va pas devenir un travailleur social, le travailleur social ne va pas devenir un psychanalyste, le maire, même s'il est en première ligne, ne va pas devenir ni un confesseur, ni un travailleur social ni un psy, les usagers ne vont pas se mettre à la place des professionnels,...etc. d'où **l'importance de travailler sur les cœurs des métiers et aussi sur l'aspect généraliste et transversal entre les métiers**.

Conclusions

Pour conclure, quelques points à préciser :

1 – le prendre soin n'est pas une préoccupation maternelle,

c'est la préoccupation maternelle qui est l'un des modèles majeurs du prendre soin. Il y a dans la condition humaine le fait que seul nous ne pouvons rien, que nous avons besoin des autres et que celui qui a bien grandi aide son prochain. Il y a la capacité à se faire du souci pour autrui dont la maternalité et la parentalité sont des figures majeures mais non exclusives. Je pense très important pour ne pas se prendre pour les parents de ceux que nous aidons, ne pas entrer dans le fantasme d'adoption. C'est la famille qui est un cas particulier majeur du prendre soin universel. **La groupalité est première : seul nous ne pouvons rien.** Nous travaillons dans un groupe, il y a la question du tiers et si l'exclusion c'est d'être exclu du groupe, on comprend bien que si on travaille tout seul, on ne peut pas aider ceux qui sont en exclusion. C'est le groupe qui est l'antidote de l'exclusion.

2 – la question du respect,

je n'en parle pas, sauf que j'insiste sur le respect à l'envers : pouvons nous respecter les logiques non normatives de ceux que nous aidons ?...

3 – la question de l'accès aux soins :

on va parler aujourd'hui du rapport entre l'accès aux soins et le fait de ne pas se défausser trop vite, puisque chacun, ayant une professionnalité qui change ne va pas envoyer tout le monde au psy. Il y a une temporalité, un rôle spécifique de chaque métier qui met en jeu sa propre manière d'exercer le prendre soin, la préoccupation pour la vie de l'autre, sans emprise, et cela sera sûrement discuté tout au long de la journée.

4 – Je termine sur le malaise des professionnels :

c'est un noyau d'énergie à notre disposition. Nous avons remarqué à l'ORSPERE que le professionnel qui travaillait le mieux était celui qui était le plus insatisfait, parce que l'on ne peut jamais être satisfait quand on travaille avec l'exclusion, la précarité... Il faut le savoir. Si vous voulez être heureux, blindez-vous ! Si vous ne vous blindez pas, acceptons ce tiraillement par l'autre qui nous dérange qui est à la fois le fait que nous portons sa souffrance parce qu'il ne peut pas la dire lui-même (il n'y a pas de demande), nous la portons au niveau de l'impuissance professionnelle, nous la portons en tant que citoyens, parce qu'il y a des choses qui ne nous plaisent pas nécessairement et nous la portons à un niveau éthique.

Si nous sommes en malaise professionnel, profitons-en d'une manière intelligente, créative. Nous serons ainsi beaucoup moins stressés, beaucoup moins fatigués, et nous produirons des orthodoxies vivantes.

Je vous remercie.

Danielle Messenger

Merci Monsieur Furtos. Quelques aspects ont fait réagir la salle, on va en parler lors de cette matinée, en particulier l'indétermination des rôles dans un temps, vous avez dit, sans qu'il y ait confusion des rôles, et puis ce malaise des professionnels comme élément pour bien pratiquer.

Je vais inviter maintenant les personnes de la première table ronde à venir me rejoindre. Dr Laurent El Ghozi, modérateur, M. Pierre Salliou, Maire de Pabu (Côtes d'Armor), Mmes Christine Lelievre, Maire de Séverac (Loire Atlantique), Monique Le Clezio, chargée de la santé en Pays du Centre Ouest Bretagne, Conseillère générale des Côtes d'Armor et Catherine Choquet, Maire adjointe de Nantes.

Pour débiter, je me tourne vers Laurent El Ghozi : vous êtes adjoint à la santé à la mairie de Nanterre. Quelques mots d'introduction vont débiter cette première table ronde avec les élus locaux. Vous souhaitez rappeler en préambule que la précarité aggrave la souffrance psychique, que le travail doit être territorialisé et surtout une forte implication des élus locaux est indispensable. Je vous donne la parole

TABLE RONDE

LES ÉLUS LOCAUX

FACE À LA PRÉOCCUPATION SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ



Table ronde : Les élus locaux face à la préoccupation santé mentale et précarité

Modérateur : **Dr Laurent El Ghozi**,

M. Pierre Salliou,

Maire de Pabu - Côtes d'Armor

Mme Christine Lelievre,

Maire de Séverac –Loire Atlantique

Mme Monique Le Clezio,

Chargée de la santé en Pays du Centre Ouest Bretagne, Conseillère générale des Côtes d'Armor

Mme Catherine Choquet,

Adjointe à la santé, Mairie de Nantes

Laurent El Ghozi

Maire adjoint de Nanterre, chargé de santé et de prévention handicap et président d'une association *Elus, Santé Publique et Territoire* qui réunit aujourd'hui une quarantaine d'élus impliqués dans ces questions de santé et de santé mentale en particulier, puisque l'une des racines de l'association a été le séminaire réalisé avec Jean Furtos et la DIV, Elus et santé mentale, qui a donné lieu à la publication d'un premier opuscule⁴ en attendant le second.

Santé mentale et précarité : pourquoi faire intervenir d'abord les élus alors que ça relève des psychiatres et des travailleurs sociaux ? Parce que les élus sont confrontés à la précarité croissante, je n'y reviens pas, la croissance aux inégalités, la précarité y compris dans la définition qu'en a donné Jean dans le travail de logement et surtout la confiance en soi, l'être soi dans la cité est dramatique. Et puis confronté également à la santé mentale quelle qu'en soit la forme. On le voit bien dans toutes les enquêtes, en particulier celle sur « santé mentale en population générale » (CCOMS)⁵ mais également le diagnostic préalable aux PRAPS dans le diagnostic des ateliers santé ville de la politique de la ville, la question de la santé mentale que ça prenne la forme des violences, des souffrances qui font violences, des disputes... ou que ça se termine in fine par des HO. Ces troubles sont aggravés dans la précarité, la souffrance est renforcée par l'exclusion. L'idée des SDF ou des grands exclus qui sont sous les yeux des personnes déjà en difficulté et qui leur montre une image d'un avenir possible. SDF dont on sait en plus qu'un tiers d'entre eux, sont atteints de pathologie psychiatrique vraie. Donc, le maire y est confronté, il est responsable du bien être, de l'égalité, de la cohésion sociale, de la paix sociale, de la dignité de chacun, du bien vivre ensemble, de faire en sorte que la société soit cohérente et vivace comme disait Durkeim. Il est en capacité d'agir, directement, avec les services municipaux, en soutenant les associations, les travailleurs sociaux, en mobilisant, interpellant les autres services. Bref, il doit donc s'impliquer. Mais évidemment, ce n'est pas simple, parce que ce n'est pas son rôle, parce qu'il n'a pas de responsabilités et parce que s'il le fait, c'est au-delà de ses compétences légales. En plus, le secteur social, c'est le Conseil Général ; le secteur de psychiatrie, c'est l'Etat et la Ville n'a pas de compétences. Alors comment faire ?

⁴ Rapport « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, les éditions de la DIV, nov. 2005.

⁵ CCOMS : centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

Cinq pistes :

- soutenir le secteur psychiatrique et associatif : des locaux pour le CMP, l'implantation d'un GEM, le soutien aux familles et aux associations.
- multiplier les points d'entrée déstigmatisés dans le système de soins, quand la précarité de l'existence empêche le recours aux soins –je ne reviens pas sur ce qu'a dit Jean Furtos sur la précarité qui éloigne le plus souvent et plus on va mal et moins on peut recourir au système de soins- et où il faut essayer de pouvoir rentrer dans le soin avant même la demande.
- l'interpénétration du social et du psychiatrique, ce qui a été une des propositions fortes des premiers PRAPS.
- les dispositifs de veille ou d'alerte et de suivi avec des modalités variables selon les villes, mais qui se mettent en place et qui permettent d'intervenir avant la crise. Avec quelques questions : la question du repérage ? par qui ? de la transmission : à qui, pour quoi faire ? De la composition des cellules de crise et de savoir au service de qui ont est : de l'ordre public, de la paix sociale ou du soin au patient ?
- s'il y a une volonté politique forte, on peut arriver à la mise en place d'un réseau local en santé mentale avec un Comité local de santé mentale (CLSM) qui est une des formes abouties de ce travail ensemble, de cette proximité qui est nécessaire si l'on veut répondre à la demande.

Quelques problèmes majeurs :

- **la domiciliation.** Sans domicile, pas de retour au secteur. Pas de retour au secteur, pas de soins. Et à ce moment là, la seule entrée, c'est l'urgence ou le trouble à l'ordre public et c'est une des plus mauvaises entrées, d'autant plus que les hôpitaux refusent systématiquement de prendre en charge les hors secteurs, les SDF et qu'on se les renvoie, budget oblige,
- **le logement,** l'hébergement et on finit par inventer des trucs comme les lits halte soin santé, qui ne sont quand même que « des cautères sur une jambe de bois », quand on sait qu'il n'y a pas de places en CHRS et que derrière le CHRS, il n'y a pas seulement un logement, et que le système est bloqué,
- **la demande :** elle est impossible pour l'usager (d'autant plus qu'il est précaire), elle est exigée par le psychiatre. Comment faire ? Cette demande est portée ailleurs auprès des travailleurs sociaux dont ce n'est pas le métier, qui ne savent pas quoi en faire,
- **l'urgence,** c'était un échec, je n'y reviens pas, et ça termine souvent par une HO. Cette irruption de l'ordre public de la demande sociale qui devrait relever du soin, pose des problèmes majeurs éthiques dans les politiques,
- **la chronicisation** de la maladie psychique et tout ce que l'on met aujourd'hui dans la maladie mentale y compris les troubles cognitifs liés. Tout cela est ingérable aujourd'hui. Comment on fait pour essayer de prendre en charge ? **On essaie de faire ensemble d'abord,** c'est la règle essentielle. **Intégrer les politiques de santé dans les politiques publiques des élus,** impliquer les élus, pousser les élus à être présents dans les DRSP, dans les commissions régionales de concertation en santé mentale, dans les commissions départementales. Il faut que les élus prennent en charge cette souffrance de leurs concitoyens, d'autant plus qu'elle est liée à la précarité donc à des missions politiques, il faut qu'ils soient présents, impliqués non pas pilote dans une illusion de toute puissance, mais bien le coordonnateur modeste, essayer de mettre ensemble les uns, les autres, pour que l'exclusion n'entraîne pas la souffrance et que la souffrance psychique ne se termine pas dans la rue.

Merci.

Danielle Messenger

Merci pour votre concision. J'invite tout le monde à faire de la même façon... J'ai remarqué au passage ces espèces d'incongruités administratives sur lesquels on reviendra ; comment peut-on être hors secteur quand on est SDF ?

Je me tourne maintenant vers Catherine Choquet : vous êtes adjointe à la santé à la mairie de Nantes. Le réseau santé mentale existe chez vous depuis une dizaine d'années (il y a un travail de prévention en amont qui est important). En quelques mots, vous pouvez nous dire comment il est organisé, comment on règle les problèmes, je crois qu'en numéro un vous placez celui du logement que l'on a déjà évoqué et dont on va parler ce matin. Comment vous discutez aussi avec les bailleurs sociaux. Cette question du logement est primordiale. Le maintien est parfois difficile à cause des problèmes de comportement. Les grandes lignes de votre politique en santé mentale en quelques mots.

Catherine Choquet

Nantes est une grande ville qui comporte 280.000 habitants dans une agglomération de 500.000. Donc beaucoup de monde, et beaucoup de situations difficiles. La ville est sollicitée régulièrement pour des hospitalisations d'office (HO). On a réfléchi pour essayer d'intervenir en amont de ces HO, de pouvoir aussi intervenir après. C'est ainsi que s'est créé ce réseau de santé mentale il y a une douzaine d'années maintenant.

Les trois objectifs essentiels : faciliter l'accès aux soins et prévenir les crises, d'optimiser les conditions d'intégration des personnes dans le quotidien, dans la vie sociale, pour éviter cette exclusion, ce repli, ce rejet, et faire évoluer aussi les représentations que l'on peut avoir sur la maladie mentale en générale et sur la psychiatrie en particulier.

Comment ça fonctionne ? La moitié des situations ce sont les bailleurs qui nous sollicitent. C'est aussi des courriers des voisins, de la famille qui nous disent « un tel ne va pas bien » = des comportements bruyants. Jean Furtos disait « le pire, c'est ceux que l'on n'entend pas ». C'est plutôt celui qui fait du bruit qui alerte. Ça va être des agressions verbales, physiques, des boîtes aux lettres brûlées, des objets jetés par la fenêtre... Ce sont aussi des questions d'insalubrité, les poubelles qui s'accumulent sur le pas de la porte, les poubelles jetées par la fenêtre, l'odeur qui se dégage aussi des différents logements.

A ce moment là, la ville est sollicitée, une infirmière de santé publique est sur cette fonction là, elle y consacre quasiment tout son temps, c'est Corinne Lambert. Elle va évaluer la situation, voir si c'est bien du ressort de la santé mentale ou de la ville. Parce que parfois, ça peut être le voisin qui n'ouvre plus, il faut peut-être appeler les pompiers, ou c'est le voisin qui est un peu effrayant, c'est peut-être un rappel à la loi... Plus régulièrement, il y a un lien qui s'est construit avec la psychiatrie de Nantes, des réunions qui se font par secteur : sur Nantes, il y a 4 secteurs de psychiatrie, à peu près entre 3 et 10 situations sont vues sur chaque secteur. Des réunions qui se passent, 3, 4 fois par an pour chaque secteur aussi et sur l'année 2007, c'était 110 situations qui ont été vues comme ça. Dans la majorité des cas, on arrive à trouver des solutions : la personne se reprend en main, ou reprend des liens... Ce sont souvent des personnes seules qui sont en rupture sociale, professionnelle. En tout cas, la personne arrive à ressortir un peu, à reprendre contact, à s'occuper d'elle. Dans un tiers des cas, la personne accède aux soins que ce soit volontairement ou dans certaines situations, on oblige à aller aux soins.

Danielle Messenger

Comment faites vous pour obliger à aller aux soins ?

Catherine Choquet

C'est l'HO. Une bonne centaine des situations de troubles du comportement qui sont vues, sur Nantes, l'année dernière, c'était 75 HO ; on est sur cette fourchette là, entre 50 et 100 HO. Ce sont plutôt des hommes seuls de 30-50 ans, et souvent avec des alertes sur des comportements violents. Dans ces personnes qui sont hospitalisées –on ne les connaît pas toutes-, mais il y a à peu près un quart, un tiers des personnes qui sont quand même déjà connues de la psychiatrie. Certaines que j'ai dû hospitaliser d'office plusieurs fois dans l'année et quand on parlait de malaise des professionnels, on peut aussi parler du malaise des élus devant ces situations là, parce que : qui sont les élus ? C'est n'importe qui ? Il n'y a pas d'école d'élus, on n'est pas préparé à ces situations là, ni confrontés à ce quotidien, à cette réalité là. C'est souvent la grande misère, la précarité, ce n'est pas forcément la pauvreté, c'est vraiment la misère et ce sont des situations difficiles pour savoir prendre du recul et en même temps, on a besoin de ces réseaux de santé mentale qui permettent de parler, d'échanger, c'est indispensable. Quand il y a malaise, on cherche les solutions et on les trouve.

Danielle Messenger

Vous n'avez pas cette aide de pratiques mise en place auparavant comme les professionnels de santé, du sanitaire et du social. On est bien dans le sujet du problème de l'écu, comment fait-il face à ça ? Je me tourne vers Christine Lelièvre : on passe d'une grande ville à une petite commune. Vous êtes maire d'une petite commune rurale, Séverac, 1400 habitants, et ce problème de l'HO, c'est un problème auquel vous êtes confrontée souvent ? Ça vous est arrivé malgré le petit nombre d'habitants de votre commune. Peut-être vous pouvez dire aussi comment vous vous êtes confrontée à ce problème, comment vous vous en sortez, à quelles dispositions vous devez faire face, quand vous êtes comme ça dans des situations où l'on vous signale une personne potentiellement dangereuse pour les autres, pour elle-même et que vous devez en tant que maire prendre cette décision.

Christine Lelièvre

Séverac est une petite commune du Nord de la Loire-Atlantique, 1400 habitants. C'est une commune rurale, non agricole. On a des habitants qui travaillent dans la Basse Loire. Aujourd'hui, je me sens tout à fait la candide de l'assemblée et j'ai bien retenu que je ne me situais certainement pas dans le soin mais dans le prendre soin et que j'ai beaucoup de mal à prendre de la distance avec la situation. Les cas auxquels je suis confrontée sont certainement ceux qui m'empêchent de dormir la nuit suivante... Dans une commune comme la mienne, les habitants ont un logement décent, on n'a pas de soucis majeurs dans ce sens. On a une présence à la fois des voisins ou de la famille. Lorsque je suis interpellée, c'est généralement par ces proches qui s'inquiètent de l'état de santé de l'un des leurs. La pression est forte, parce que ces proches ne peuvent pas comprendre que l'on ne fasse pas quelque chose pour la personne dont il est question. Je me trouve donc généralement dans des situations d'urgence et j'étais très intéressée d'entendre parler mon voisin, d'un certain nombre de structures avec des sigles, des tas de choses intéressantes, mais dont j'ignore absolument tout ; parce que lorsque je suis confrontée à ces situations, je me sens seule, très seule. Il existe un hôpital psychiatrique à proximité, y compris un CMP sur la commune voisine, dont le rôle est des plus importants. C'est ma bouée ! Très souvent, j'ai des cas de personnes qui ont déjà été soignées, qui sont rentrées chez elles, qui ont pris leurs médicaments et qui tout d'un coup, cessent de se soigner, et on replonge. Là, on me dit « mais il faut absolument qu'il se soigne parce qu'il menace de se suicider, parce qu'il va provoquer un accident, etc. ». Je ne me trouve pas bien parce que je ne sais pas quel est mon rôle là dedans. La seule solution que j'ai, c'est une HO. Quelle liberté laisse t'on à l'individu de se soigner ou non ? Qu'est-ce que je dois faire ? Est-ce que cette personne a le droit de refuser les soins ou est-ce que cette personne doit obligatoirement être soignée même contre sa volonté parce que sa volonté est altérée par l'état dans lequel il est ?

Je n'en sais rien. C'est une de mes préoccupations majeures. A chaque fois, il faut sortir la « grande artillerie » : la gendarmerie, les infirmiers, et on a l'impression de moyens un peu disproportionnés par rapport aux cas dont il est question la plupart du temps. J'ai récemment eu un cas extrêmement difficile où il a fallu s'y reprendre, à trois jours successivement pour réussir à ce que cette personne accède à l'hôpital. Je l'ai fait parce que je pensais très sincèrement que c'était la meilleure solution sur le moment. Après, je peux dire que j'ai des doutes... Reste le syndrome de Pau où je me dis si je ne fais rien, que peut-il arriver ?

Ce que je souhaiterais avant tout, c'est que les choses qui se font dans les villes, qu'il y ait plus de collaboration entre tous les services. Quelqu'un disait que nous n'avons aucune formation, bien évidemment. Nous faisons avant tout ce que nous pouvons, il faut s'adapter au quotidien. J'aimerais beaucoup avoir de l'aide. Est-ce que c'est quelque chose qui peut se mettre en place ? On est toujours dans des situations d'urgence et des situations toujours à des moments où il ne faut pas : ça se passe le week-end, le soir... et trouver un interlocuteur dans ces cas là, c'est toujours très difficile.

Danielle Messenger

Merci. On va voir quelles solutions les autres personnes présentes vont proposer. On continue du côté des petites villes, avec vous, Monsieur Salliou : vous êtes maire de Pabu où il y a 3000 habitants. Vous êtes aussi confrontés aux problèmes de santé mentale. Vous avez en plus une autre casquette qui est celle de responsable d'un lycée d'enseignement professionnel. Vous voyez aussi les problèmes qu'il peut y avoir chez les jeunes : est-ce que l'on est forcément dans la santé mentale ou pas ? Discussion de ce matin. Est-ce que les proportions pour conduites addictives, c'est un signe de futurs problèmes de santé mentale ? Vous avez cela aussi à gérer. Comment vivez-vous cette situation au sein de votre petite commune de Côte d'Armor ?

Pierre Salliou

Je suis maire de Pabu depuis 2001, c'est une commune en continuité rebelle avec Guingamp et c'est sur Pabu que se trouve le pôle de santé de Guingamp. En ce qui concerne les HO, j'ai été confronté à trois HO et ça s'est fait à chaque fois à la demande de la gendarmerie : deux sur le site de l'hôpital et une dans une maison privé, chez un habitant. Ce sont toujours des expériences difficiles à vivre parce qu'on vous demande de signer un papier. Dans les deux cas que j'ai vécus à l'hôpital, pour au moins une personne, je ne l'ai pas vu. Pour l'autre personne, je l'ai vue. Mais, je n'avais qu'à assumer. En ce qui concerne la personne à domicile, c'était plus facile parce que je connaissais la personne, j'ai pu discuter avec elle... Ça c'est relativement bien passé. Mais c'est toujours traumatisant une HO quand vous n'êtes pas un spécialiste de ce genre de choses.

Je suis confronté à Pabu, commune un peu maison dortoir, avec beaucoup de retraités, et beaucoup de solitude aussi. J'ai aussi à gérer ça, ce sont des gens que je vais voir ou que je reçois à la mairie. Ce sont des gens qui ont surtout besoin d'être écoutés. L'écoute est extrêmement importante. En ce qui concerne mon autre activité où je passe l'essentiel de mon temps, c'est l'établissement scolaire dont je suis le directeur depuis 29 ans. C'est un lycée d'enseignement professionnel qui accueille 320 élèves. Ce sont des jeunes qui viennent plutôt de milieux défavorisés (en 29 ans, je n'ai jamais eu d'enfants de médecins, de pharmaciens, de magistrats, etc. C'est quand même révélateur de quelque chose). On y prépare des métiers dans les domaines des services à la personne et de la vente.

Je me suis dit que j'allais venir ici avec quelque chose de concret et j'ai préparé un questionnaire avec les élèves ; et j'ai dépouillé le questionnaire de 142 élèves car il y a sans doute une relation entre les comportements et les ressentis des adolescents et la santé mentale de ceux-ci.

Je vais vous donner les résultats de l'enquête : donc 142 questionnaires dépouillés de jeunes entre 16 et 21 ans, qui sont en seconde professionnelle, en terminale BEPA, en première bac pro ou en terminale Bac Pro.

Questions posées, sur les 142 questionnaires

Environnement de vie	Relations avec leurs parents	Etat d'ébriété
62 % vivent avec leurs deux parents 15 % avec leur père ou leur mère 16 % dans des familles recomposées 04 % en couple	36 % très bonnes 52 % bonnes 07 % mauvaises 01,5% très mauvaises 03 % inexistantes	30 % jamais 17 % une seule fois 51 % plusieurs fois 02 % très souvent
Est-ce que l'alcool est nécessairement lié à la fête ?	Est-ce que vous avez déjà fumé du Cannabis ?	Comment vous considérez vous dans votre tête ?
24 % oui 74 % pas nécessairement	54 % jamais fumé de cannabis 10 % une seule fois 32 % plusieurs fois 03 % en fumer régulièrement 03,5 % autre chose	65 % très bien 21 % bien, assez bien 13 % mal 01 % très mal
comment vous considérez vous dans votre corps ?	Est-ce qu'à la maison on vous écoute ?	« Je suis d'un tempérament plutôt optimiste, plutôt pessimiste, tantôt l'un, tantôt l'autre »
50 % Très bien 24 % Assez bien 26 % Plutôt mal	75 % on m'écoute 13 % on ne m'écoute pas 06 % on ne m'écoute pas assez	55 % d'entre eux sont optimistes, plutôt optimistes 31 % plutôt pessimistes 14 % ni l'un ni l'autre ou tantôt l'un, tantôt l'autre
Commentaires : 13% considèrent qu'ils vont mal dans leur tête, mais 26% considèrent qu'ils vont mal dans leur corps !	Commentaires : Pour 29% quand même, on ne les écoute pas ou pas assez	
Avez-vous déjà rencontré un psychologue ?	Avez-vous fait de l'anorexie ?	De la boulimie ?
34 % oui 03 % un psychiatre 62 % ni l'un ni l'autre	07 % oui 93 % Non	06 % oui 94 % Non
Est-ce qu'il vous est arrivé de vous sentir déprimé ?	Est-ce que vous avez déjà pensé au suicide ?	Quelles sont les valeurs mis en priorité ?
08 % Jamais 63 % Rarement 17 % Souvent 12 % Quelquefois	43 % Jamais 51 % Ça m'est arrivé 06 % J'y pense souvent	41 % l'amour 36 % l'amitié 12 % le travail 10 % l'honnêteté

Comment voyez-vous l'avenir ? (J'ai été étonné de voir qu'ils l'envisageaient de façon plutôt positive)

Les 2/3 d'entre eux envisagent vraiment leur avenir positivement.

Voici quelques réflexions : « Avec mon homme, des enfants, ma maison, ma liberté », « je vivrai dans une famille avec une maison, 4 enfants si possible, je serai heureuse », « le futur pour moi : une femme, des enfants, une maison, un boulot, une vie simple », « l'avenir ? Je me vois marié avec des enfants, un travail qui me plaît », « une famille nombreuse », « pleins d'amis autour de moi », « du travail », « des amis », « du travail, un mari, des enfants »... Parfois ils précisent « une belle vie avec une famille », « du travail, de l'argent », « je me vois marié avec mon mec dans un bel appartement à Paris », « je suis optimiste donc j'espère que ce sera comme je le veux : mon travail, mes amours, ma famille, c'est-à-dire que je donnerai suite à mes envies », « quelqu'un qui m'aime », ...

On va dans le moins bon : « j'espère avoir une belle vie, ne pas vivre pauvrement, mais l'avenir me fait peur, tout ce que l'on entend », « je ne vois plus mon avenir, je vis au jour le jour sans trop me soucier de ce qui m'arrivera mais je continue à avancer en espérant que je m'en sortirai et que je tirerai un trait sur le passé », « je m'accroche à mon simple rêve : de vivre tranquillement, sans souci avec des gens que j'aime », « c'est plutôt flou », « j'en sais rien », « mon avenir sera très difficile mais je pense quand même réussir », « je vis au jour le jour ».

Et quelqu'un répond à la question « comment voyez-vous votre avenir ? » : « Sans moi ».

Danielle Messenger

Merci pour cette étude très concrète que vous venez de nous livrer.

On peut tout à fait avoir une bonne vision de ce qui se passe dans la tête des jeunes avec ce questionnaire tout simple, mais très révélateur.

Un mot de Madame Monique Le Clezio, chargée de la santé en Pays du Centre Ouest Bretagne, conseillère générale des Cotes-d'Armor : qu'avez-vous à dire sur cette problématique « élus locaux, précarité, santé mentale » ? Les grandes pistes, et les principales questions.

Monique Le Clezio

Je voudrais tout d'abord dire que j'ai été invitée en tant que responsable élu du projet territorial de santé mis en place sur le Pays du Centre Ouest Bretagne. Pour beaucoup d'entre vous, c'est une très grande interrogation, il y avait déjà beaucoup d'acteurs institutionnels et d'échelons territoriaux, en voilà un nouveau qui s'intéresse à la santé. C'est peut-être une question de votre part.

Je précise que c'est bien à ce titre là que je suis présente aujourd'hui. Les personnes qui m'entourent sont des personnes qui représentent pour la plupart d'entre elles des collectivités locales communales avec une vraie charge de la question de la santé, au sein d'une municipalité. En ce qui concerne l'échelon territorial qu'est le Pays, il ne s'agit pas d'une collectivité locale, mais bien d'un territoire sur lequel les acteurs des représentants des collectivités locales, les élus, les acteurs professionnels quel que soit leur champ d'intervention, le milieu associatif et tous les citoyens qui ont envie de réfléchir ensemble, se réunissent pour **définir un projet collectif**. Ce projet collectif est un projet **qui s'inscrit dans le développement local**. Peut-être que maintenant vous voyez pourquoi le territoire du Centre Ouest Bretagne s'est intéressé à la question de la santé. Parce que quand on parle de développement local, on s'intéresse à **la question du bien être des individus sur un territoire** et de leur épanouissement. Comme cela a été dit ce matin, la question du bien être passe par des sujets qui concernent les projets territoriaux, que ce soit sur les questions du logement, de l'environnement, du développement de l'emploi, du développement culturel, social.

C'est bien à ce titre là que le Pays du Centre Ouest Bretagne a été conduit à s'intéresser aux questions de santé. Il est vrai que cette question là n'est pas arrivée par hasard sur notre territoire. Il a été déclenché par un séminaire organisé par l'association hospitalière de Bretagne de Plouguernevel qui regroupe sept structures inscrites dans la santé spécialisée. J'ai oublié de le préciser, mais le Pays du Centre Ouest Bretagne, est un territoire qui comporte 100.000 habitants sur le centre de la Bretagne, à cheval sur les trois départements du Finistère, des Côtes d'Armor et du Morbihan sur un espace rural, pas de ville significative, Carhaix qui en est la principale regroupe 8000 habitants. Les deux autres pôles qui ont une consistance de villes sont Rostrenen et Gourin qui font toutes les deux moins de 5000 habitants. Ce territoire rassemble 100.000 habitants (pour vous donner l'espace sur lequel nous travaillons) et pour vous indiquer que la densité de la population est faible, nous sommes en secteur rural, 32/33 habitants/km². L'association hospitalière a mis en place un séminaire de réflexion dans les années 2002-2003 : ce séminaire nous a permis de prendre connaissance d'éléments issus de l'Observatoire régional de la santé qui nous indiquait quelles étaient les caractéristiques propres en matière de santé sur ce territoire. Trois éléments nous ont frappés : à la fois l'indice de mortalité sur ce territoire et notamment **indice de mortalité prématurée qui était supérieur à la moyenne régionale**, puisque l'on se trouve à 110 et 112 pour les hommes et pour les femmes. Autre élément qui nous a frappé : quelles sont **les causes de ces mortalités prématurées** : à la fois le suicide, puisque l'indice est de 120 pour les hommes, pour les femmes, il est égal à celui de la région et les morts subites dans des accidents de voiture où nous sommes à 180 par rapport à la région. Ces éléments nous ont conduits à nous poser des questions, des raisons qui amenaient ces différences entre le territoire et on a décidé de lancer un travail collectif sur le territoire pour réaliser un diagnostic partagé qui nous a conduit à associer très largement des acteurs professionnels de la santé, soit du secteur public, soit du secteur privé, associer des professionnels du médico social, mais aussi le milieu associatif et les élus pour essayer de travailler collectivement pour mieux comprendre les phénomènes qui se déroulaient sur ce territoire. Bien sûr, les thématiques prioritairement abordées : parce qu'il y avait un certain nombre d'éléments auxquels nous étions confrontés nous élus, ou professionnels de la santé, du médico social (puisque nous côtoyons les citoyens) c'est d'avoir le sens de dire : plutôt que de travailler de façon très sectorielle, très cloisonnée sur les différents aspects, il était important de **regarder plutôt des groupes de travail transversaux autour des tranches de populations identifiées. Trois groupes** se sont mis en place : l'un sur la question des **jeunes**, un second sur les **personnes en insertion** (personnes entre 26 ans et l'âge de la retraite) et le dernier sur la question des **personnes âgées**.

Autour de ces trois groupes sont ressortis des éléments assez identifiables autour de la nécessité de mettre en place sur l'ensemble du territoire des actions qui visent la **prévention des souffrances psychiques et d'isolement**. Un territoire rural, des distances importantes entre les uns et les autres, et donc un accroissement de la souffrance psychique liée à l'isolement.

Deuxième élément important : la part des personnes âgées sur ce territoire. Comment accompagner le vieillissement et notamment comment pouvoir agir pour éviter ces questions de souffrance psychique et d'isolement qui existent aussi chez les personnes âgées ? Et donc, **la nécessité de travailler sur le maintien à domicile**, mais aussi sur le lien, **le passage entre les établissements et le domicile** et les différents parcours qui peuvent exister pour les personnes âgées. Sur ce territoire il y a aussi des questions de démographie médicale, c'est aussi la question de l'anticipation sur la démographie médicale.

Des actions concrètes devaient sortir de ce projet collectif : deux nous sont apparues essentielles : travailler auprès des jeunes pour prévenir la souffrance psychique et les souffrances et la mise en place d'un point accueil écoute des jeunes qui n'existait pas sur le territoire, qui permet, grâce à un repérage précoce, d'orienter des jeunes vers ces outils qui sont plutôt neutres, pour ensuite regarder, en fonction des situations, où il faut les orienter.

Le travail en réseau nous est aussi apparu comme essentiel ainsi que la meilleure connaissance des différents intervenants sur le territoire, puisque les élus sont seuls, d'autres acteurs se retrouvent démunis. Donc, nous avons décidé de réaliser un document qui est simplement un annuaire, « le guide santé bien être », qui vient de paraître. Il permet de repérer l'ensemble des acteurs qui peuvent intervenir et accompagner dans un parcours des individus.

Danielle Messenger

Merci. Où se trouve le point écoute jeunes ?

Monique Le Clezio

Comme nous sommes sur un territoire inter départemental, il s'agit d'une structure éclatée sur le territoire avec des permanences réparties sur les villes ou les chefs lieux principaux du territoire pour être en proximité des usagers.

Danielle Messenger

Nous allons engager la discussion, vous êtes invités à poser des questions, à amener vos réflexions... Pour commencer : si je demande à Monsieur El Ghozi, comment on peut aider Madame Lelièvre démunie face à ces situations difficiles et Madame Choquet également. Car on voit bien que les décisions sont difficiles à prendre. Vous dites « il n'y a pas de formation, pas d'école des maires, pas une spécialité au sein de l'École Nationale Santé Publique destinée aux élus pour dire 'devant telle situation qui inclut la santé mentale, voilà comment il faut réagir' », comment peut-on les aider ? Organiser une permanence d'élus ?

Laurent El Ghozi

Ce qui est rigolo ou triste, je ne sais pas ; mais que l'on soit dans une très grande ville comme Nantes, dans une banlieue, Nanterre, c'est 87.000 habitants, ou dans une petite commune : **les questions sont les mêmes ! Les élus se sentent responsables**, sont bousculés par les mêmes choses et se sentent impuissants. Et les réponses sont les mêmes. **On ne peut pas faire seul**. Si l' élu, le psychiatre, le travailleur social ne se disent pas l'un et l'autre que seul, ils sont totalement impuissants, on n'y arrivera pas. On voit bien que ce que vous avez fait sur votre territoire, qui est très grand mais avec une petite population, on trouve la même chose : **diagnostic partagé, partenariat, impliquer la population, travail collectif**. C'est cela qu'il faut faire. Alors qu'est-ce que l'on peut faire pour vous aider ? Échanger. Je ne vais pas faire de la publicité pour « Élus, Santé Publique et Territoire », mais c'est à ça que ça sert : former les élus d'une part et être l'interlocuteur des pouvoirs publics pour que ce que nous ressentons, nos difficultés soient portées au plus haut niveau et forment la loi, changent l'organisation, réorientent les moyens... Et puis, il y a un certain nombre d'ouvrages dont un qui vient de sortir, Collection repères de la DIV, sur les ateliers santé ville. Ce que vous avez fait, ce que nous essayons de faire, c'est toujours la même méthodologie : diagnostic partagé, mise en évidence de priorités, puis les actions. Et les actions sont quasiment toujours les mêmes. **La seule façon de répondre, c'est de répondre ensemble**.

Danielle Messenger

Comment réagissez vous les uns et les autres à ce que vous avez entendu, par exemple concernant l'enquête de M. Salliou : qu'est-ce que cela suscite chez vous ? J'ai noté plusieurs choses : 51% ont des pensées suicidaires ; 34% ont déjà rencontré un psy ; c'est l'amour que l'on place en priorité dans l'objectif de vie ; j'ai noté également une phrase « je donnerai suite à mes envies ».

Catherine Choquet

Cette enquête est intéressante ; c'est un échantillon bien identifié. Mais des enquêtes il en existe plusieurs sur les états de santé, en France, dans les populations, en Europe... Dans cette tranche d'âge là, l'élément dont on ne parle jamais : c'est l'adolescent, le moment de la construction de la sexualité. Bien souvent, il y a des situations très difficiles à vivre pour les adolescents. Chez les garçons qui sont en construction d'identité sexuelle qui n'est pas dans la norme, c'est-à-dire soit bisexuel, soit homosexuel, c'est très difficile à vivre. Dans une petite commune, ça doit l'être encore plus. Si on voulait intervenir sur l'amélioration de l'état de santé ou de bien être de ces jeunes, ce n'est pas forcément sur la santé mentale qu'il faudrait intervenir, mais sur le changement de regard sur l'homosexualité. Les réponses à trouver ne sont pas toujours exclusivement dans le domaine de la santé.

Par rapport aux élus : on n'est pas tout seul non plus. Pour décider des hospitalisations d'office, on a le certificat médical qui nous aide à prendre les décisions.

Christine Lelievre

J'entends parler de certificat médical : c'est une des difficultés de l'opération : les gens à qui j'ai affaire, très souvent ont perdu contact avec leur médecin. Appeler un médecin qui ne le connaît pas pour dire « Monsieur un tel a besoin d'être hospitalisé », il ne le fait pas de gaieté de cœur, et le fait vraiment si c'est une situation de crise aigue ou alors parce que je le connais et il vient pour me faire plaisir. C'est une des difficultés majeures...

Danielle Messenger

N'hésitez pas à intervenir.... Monsieur ?

Une remarque dans la salle

Il ne faudrait pas oublier le savoir des personnes directement concernées.

Danielle Messenger

Concernant la place des usagers, on va y revenir tout à l'heure dans la table ronde suivante.

Laurent El Ghazi

A Nanterre, mais je pense que c'est la même chose dans toutes les villes, on travaille avec les associations d'usagers, l'UNAFAM, la FNAPSY, l'ADAPEI..., en particulier lorsque l'on favorise, on facilite le soutien la mise en place d'un GEM, il y a un apport de connaissances, de pratiques, d'usages des usagers eux-mêmes, sur le système d'accès aux soins de psychiatrie qui est irremplaçable.

Une intervention dans la salle

Je représente l'UNAFAM au niveau de l'Ille et Vilaine. Vous ne pouvez pas agir tous seuls. Ce que je remarque, ce sont des questions de formation : nous sommes vos partenaires au niveau de l'expertise, de l'accompagnement des familles, de l'entourage des personnes. C'est tous ensemble que nous pouvons avoir une appréciation générale de ce qui est bon avec les usagers eux-mêmes. Ce que j'ai découvert assez récemment, au niveau de notre organisation nationale UNAFAM, on se rend compte que le changement est tel maintenant que ce sont les acteurs du social, mais aussi les élus qui sont confrontés à ça, les premiers concernés. On est tout à fait partenaires pour vous apporter notre expérience et vous nous apporterez aussi votre soutien, parce que les familles sont comme vous, toutes aussi isolées. Concernant les HDT, j'ai une certaine pratique que j'aurais voulu éviter. Ce n'est jamais une bonne solution, comme une HO. Pour éviter les HO, il faut faire du réseau pour être préventif. Il n'y a pas d'autres solutions. On peut faire des HO plus ou moins forcées. A Rennes, il y a un service, le SPAO à l'hôpital Guillaume Ragnier, qui permet d'éviter que quelqu'un qui vient, qui n'est pas bien, puisse ressortir et éviter l'hospitalisation si elle n'est pas nécessaire.

Danielle Messenger

Merci ; on va reparler de votre expertise, de ce que vous vivez au quotidien avec les familles. Tout le monde est d'accord sur cette nécessaire collaboration entre usagers, famille et élus locaux. Si vous voulez ouvrir une session pour les élus locaux, je crois qu'ils sont tout à fait partants.

Madame Choquet, on parlait d'une personne chargée d'évaluer ces situations. Comment on fait pour évaluer une situation ? Vous avez donné des exemples, d'une personne isolée, qui va avoir des difficultés, parce qu'on ne la voit plus pendant quelques jours, d'une personne qui crée un trouble de voisinage, d'une personne qui va susciter tout un tas de problèmes autour d'elle... Cette évaluation est très compliquée à faire.

Catherine Choquet

Je dirais surtout qu'elle est délicate à faire. Ça peut être une évaluation qui va se faire au domicile de la personne, si elle veut bien ouvrir sa porte (parfois il faut y aller à plusieurs reprises). Ça dépend complètement des situations. Ce sont souvent des gens seuls, isolés, et finalement ils peuvent être aussi contents d'avoir quelqu'un qui vient, donc ils vont ouvrir la porte. Après tout le travail –je pense en particulier à une dame- ça a été de lui faire comprendre que son comportement a posé des problèmes aux voisins, à ce qu'elle entende les problèmes qu'elle posait, lui dire les droits qu'elle a et les obligations aussi en tant que locataire. Pour cette dame là, elle avait reconnu qu'elle n'allait pas très bien, et qu'est-ce qu'il fallait faire pour l'aider, comment on pouvait l'aider, qu'est-ce qui existait ? Dans ces cas là, il faut retourner à plusieurs reprises chez elle. Ça peut être aussi une évaluation qui est faite auprès des professionnels, des parents (car souvent il y a beaucoup de souffrances de la part de la famille, des frères et sœurs, ...qui portent, qui supportent ça, qui vivent des situations très difficiles). Je pense à une situation où quand on entrait dans la maison tout allait très bien et quand on entrait dans la chambre du jeune, c'était la grotte, obscure, une odeur que l'on ne pouvait pas ignorer, un tas sur le lit..., en fait c'était le jeune qui était en dessous... les souffrances des familles qui vivent ces situations là 24h/24h !!! Quand je parlais de misère, ce sont ces situations que je trouve extrêmement violentes, aussi violentes à vivre que l'hospitalisation d'office qui est à un moment très ponctuel. L'autre évaluation possible, c'est auprès des voisins, parce que quand on est alerté par le voisin, il y a des signes : est-ce qu'il ouvre sa porte ? Est-ce que vous l'avez vu ? Les gens disent : « en trois, quatre mois, il a beaucoup maigri, il fume beaucoup, on ne le voit plus, ». Ce sont des éléments qui permettent d'avoir des informations pertinentes sur la personne.

Question dans la salle

Madame Choquet, vous avez institué un service collectif depuis des années qui fonctionne, qui petit à petit traite les dossiers en amont des hospitalisations d'office. Quand il y a 75% de dossiers examinés qui se terminent par des hospitalisations d'office... Avec votre expérience, après quelques années de recul, qu'est-ce qui fonctionne bien et pas bien ?

Catherine Choquet

C'est 30 %, un tiers, qui se terminent par une hospitalisation que ce soit une contrainte, une hospitalisation libre, une consultation au CMP ou chez un psychiatre de ville... Il y a différentes solutions qui existent.

Ça veut dire que pour 70%, ça n'est pas un retour aux soins. C'est plutôt un retour à la vie sociale, intervenant d'un auxiliaire, d'une assistante sociale... Mon expérience et ce que j'en ressens de ce travail en réseau : il fonctionne. On n'est pas à 100% de réussite, mais on n'y sera jamais. Il y a quand même des pathologies, 1 à 2% de la population, qui est sur une maladie mentale lourde, de type schizophrénie ou psychose. Et ce n'est pas parce que l'on travaille deux, trois fois à domicile, qu'on aura parlé dix fois de la personne que l'on évitera un accès aux soins. Au contraire. Parfois, l'hospitalisation d'office est le moyen d'accéder aux soins, pourtant elle n'est pas faite pour ça au départ. Après, même si je fais environ 70 hospitalisations/an, à chaque fois, c'est difficile. Et dans les hospitalisations que l'on fait dans ces 70 (l'an dernier, 75), un quart des personnes sont connues de la psychiatrie. Ce sont donc des gens en rupture de soins. Il y a aussi beaucoup de gens que l'on ne connaît pas. S'il y en a 25% que l'on connaît, ça veut dire qu'il y en a 75% que l'on ne connaît pas. Dans cette tranche de personnes hospitalisées, il y a énormément de SDF, beaucoup plus que dans la population classique. On a cette **part importante de la population de la rue qui est représentée dans les hospitalisations d'office.**

Ce qu'il faudrait que l'on travaille, c'est la sortie de l'H.O., le suivi ou des soins ou l'accompagnement de la personne quand elle sort. Ce qui se fait, je ne dis pas que rien existe, mais ce n'est pas suffisant. Ça pourrait s'améliorer et ça nécessite d'en parler à plusieurs aussi. Il y a **l'accompagnement dans le logement** : on a aujourd'hui des propositions de logement qui ne sont pas toujours adaptées : la personne est chez elle, ou elle est toute seule, mais il manque des structures. Bien sûr qu'il y a des logements qui se créent maintenant avec un accompagnement, des logements partagés, ou sous loués... mais ce n'est pas encore suffisant. Il faudrait en avoir davantage, mais c'est aussi une responsabilité des villes qui permettraient ça. Dans notre comité de pilotage du réseau de santé mentale, aujourd'hui, ce sont beaucoup des professionnels, même exclusivement. Je pense qu'il faut l'ouvrir à des non professionnels, associer davantage les tutelles, les aides à domicile et les associations, que ce soit les associations de famille, de parents (comme l'UNAFAM) ou des personnes elles-mêmes concernées comme les GEM qui commencent à exister dans différents départements.

Danielle Messenger

A la sortie de l'hospitalisation d'office, le problème du logement est un problème crucial qui se pose. Vous êtes formés du côté des élus sur le logement ?

Laurent El Ghozi

Pas du tout. On n'est pas plus formé sur le logement que sur les transports ou que sur le reste... On se forme si on en a véritablement l'envie, ou si on est suffisamment bousculé pour ne pas se mettre dans une carapace protectrice... Ce qui est fondamental, s'il n'y a pas de logement, il n'y a pas de soins. Il faut arrêter de se raconter des histoires sur des dispositifs alternatifs, les équipes mobiles qui iraient dans la rue faire de la psychiatrie foraine... On peut faire de l'accompagnement et de l'orientation dans la rue. On ne peut pas faire de psychiatrie foraine ! En tout cas, c'est ma conviction. **Le logement est une priorité et il faut éviter les expulsions locatives.** C'est une priorité absolue ! C'est-à-dire qu'il faut mettre autour des personnes en difficulté, quelque soient les troubles qu'ils provoquent, tous les moyens de la ville, du Conseil Général, de la psychiatrie, des SAMSAH, des équipes mobiles..., tous les moyens que l'on peut, pour que les personnes en difficulté puissent rester chez elles. Sinon, c'est une catastrophe et ça se terminera par l'HO.

Un mot sur l'HO : c'est une privation de libertés. Je pose à nouveau la question : est-ce que ça relève de l' élu ? du Préfet ? du juge qui est le seul habilité à priver les gens de libertés ? Est-ce que l'objectif, c'est la protection individuelle ou collective ? Est-ce que c'est l'ordre public ou est-ce que c'est l'accès aux soins ? Tant que l'on ne sera pas assez clair tous sur ce point, on continuera à être en grande difficulté, parce que nous sommes tous (nous les élus), par rapport à ça, ignorants et incompetents.

Dernier point de conclusion : on est tous d'accord là-dessus : seul, on ne peut rien faire ! Il faut donc développer à l'échelle des villes, des territoires, des intercommunalités, des conseils de secteur (ça existe) : tous les élus devraient être impliqués dans les conseils de secteur et tous les psychiatres, chefs de secteur, devraient aller chercher les élus pour leur dire : il faut que l'on monte un conseil de secteur et au-delà un réseau en santé mentale. C'est le minimum...

Danielle Messenger

Merci à vous tous pour cette première table ronde.

Je demande aux participants de la seconde table ronde de venir me rejoindre.

TABLE RONDE

LES ACTEURS SOCIAUX FACE À LA PRÉOCCUPATION SANTÉ MENTALE PRÉCARITÉ



Table ronde : Les acteurs sociaux face à la préoccupation santé mentale précarité

Modérateur : **Éric Legrand**, sociologue consultant à Rennes

Dr Paul Barret,

Président de la Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale de Bretagne (FNARS Bretagne)

Mme Marie-Françoise Pilet,

Présidente de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques des Pays-de-Loire (UNAFAM des Pays de Loire)

Mme Marie-Renée Gaudichon,

responsable du Centre départemental d'action sociale de Chartres de Bretagne - Conseil général d'Ille-et-Vilaine

Dr Pierre Bodenez,

Psychiatre au Centre hospitalier universitaire de Brest

Danielle Messenger

Pour introduire cette seconde table ronde, je donne la parole à Éric Legrand, sociologue. Pour bien situer le cadre, il est important de définir quels sont les différents publics. On a déjà commencé à en parler, mais ils n'ont évidemment pas tous le même visage, la même histoire, les mêmes manifestations ; celui qui vit dans la rue, celui qui vit dans un quartier difficile, celui qui subit un isolement social,..., la prise en charge sera différente tout comme est différent d'ailleurs le regard, les regards qui sont portés sur eux. Quelques mots d'introduction avec vous.

Éric Legrand

Bonjour à toutes et à tous. Juste quelques mots d'introduction, puisque beaucoup de choses ont déjà été dites. Quand on parle de **précarité**, ça soulève **l'hétérogénéité du public** que l'on désigne ou sur lequel on veut agir. Ont été cités : les SDF, on pourrait mettre dedans les quartiers dits défavorisés, le public étudiant qui entre dans cette catégorisation (au moment où je vous parle, il y a le colloque de la mutuelle des étudiants qui se déroule à l'Ecole Nationale de Santé Publique sur le thème de la santé mentale et de la question de la prise en charge), les femmes isolées, les chômeurs (de courte ou de longue durée)... On est face à une hétérogénéité de publics et en même temps d'une **hétérogénéité de prises en charge**. Tout à l'heure a été évoquée la multiplicité des secteurs de l'intervention du domaine social, psychiatrique. Comment les personnes se situent par rapport à cette prise en charge ? Soit elles recourent au médecin, soit au secteur psychiatrique si besoin. C'est déjà une véritable question. Quand on parle de publics précaires, de quel public on parle et quel regard sur les publics en situation de précarité, que ce soit des acteurs du domaine social, associatif, mais aussi des acteurs du domaine sanitaire. Le regard sur la pauvreté, sur la précarité, joue aussi dans les questions de prises en charge et dans les stigmatisations ou non stigmatisations des publics. Parfois, on a une tendance à en demander plus aux personnes en situation de précarité, qu'aux personnes, insérées dans la vie en société. Il y a donc aussi des questions d'injonction et de regards croisés des professionnels que l'on peut avoir dans le cadre de réseaux.

Sur la représentation de la santé mentale et de sa définition : je ne vais pas faire un débat théorique sur ces questions là. Principalement en France, contrairement à d'autres pays européens, notamment au Canada, on est plus sur une question de santé mentale liée à une prise en charge, à des maladies mentales, même si maintenant on évoque ces questions de souffrance, de bien être, etc., on n'est pas, comme disent les canadiens, sur une promotion de la santé mentale, sur une vision positive des choses, donc on a aussi un regard parfois négatif sur cette question de la santé mentale. Effectivement, il y a de la souffrance, mais on renvoie vers un modèle curatif, sans être dans le préventif, l'accompagnement même si effectivement dans toutes les expériences relatées, on observe cette question. J'ai en plus une interrogation sur la question de la santé mentale, c'est aussi la question du rapport à soi, aux autres, à la société en général. Comment on intègre cette question du lien social et de la citoyenneté dans nos problématiques sanitaires ou sociales ?

Puis, il y a toutes ces conséquences de la précarité sur l'isolement et l'isolement social qui jouent comme un frein, au recours aux soins au sens large du terme où l'on s'aperçoit que les personnes en situation de précarité manquent de plus en plus d'énergie relationnelle pour aller vers l'autre. Comment on intègre cette dynamique, comment on retravaille sur les questions de l'estime de soi, de compétences pour aller vers l'autre qui semble être un des recours pour aller vers les autres au sens large.

Danielle Messenger

Merci Éric Legrand pour cette introduction. M. Paul Barret, vous êtes président de la FNARS Bretagne. Vous faites part de la difficulté à se faire rencontrer le monde des hôpitaux (qui doit gérer cette pénurie de médecins en psychiatrie avec les difficultés que ça entraîne, lors du besoin de prendre un RDV) et le monde de la précarité. Une espèce de drôle de couple qu'ils forment à propos de la souffrance psychique. Vous dites d'ailleurs la difficulté à reconnaître ce qui est à l'origine de la souffrance psychique et ce qui en est la conséquence. Est-ce la précarité qui entraîne, qui provoque des problèmes psychiques ? Est-ce que ce sont les problèmes psychiques qui conduisent à la précarité ? A côté de cela, il y a les maladies mentales bien identifiées et pour lesquelles les psychiatres sont très bien positionnés. Est-ce qu'il n'y a pas lieu d'établir un lien spécifique, une personne ressource qui pourrait être un travailleur social, mais avec cette dimension d'approche psychologique aussi, capable de repérer ce qui est dû à la fragilité de l'environnement ou ce qui relève purement d'une pathologie entre le tout psy et le pas du tout psy, comment s'y retrouver ?

Paul Barret

Tout d'abord, je suis très fâché vis-à-vis de cette assemblée, parce que vous m'avez fait rater la conférence de consensus de la FNARS avec son importance énorme qui doit donner des préconisations, qui ont une valeur importante et qui doivent être opposables en principe. Peut-être qu'il va sortir de cette conférence de nouvelles dispositions qui vont changer nos pratiques !

Voici une courte anecdote : j'étais hier à la commission des usagers des hôpitaux généraux et l'on m'a raconté une histoire : une dame vivait en caravane. Son partenaire est parti. Ça l'a déprimée. On a donc appelé les travailleurs sociaux, puis le médecin traitant qui a fait un mot en disant « il faut l'hospitaliser dans le secteur psychiatrique ». Elle s'est présentée et on lui a donné un RDV et puis c'est tout ! Et tout le monde était fâché ! Les travailleurs sociaux étaient fâchés, parce que l'on n'avait pas répondu à leur demande et l'équipe médicale était fâché aussi dans la mesure où elle estimait que l'hospitalisation est un acte médical, c'est elle qui doit le prescrire, il n'a pas à suivre les injonctions d'une personne. Et on pouvait lui donner raison !

Ces deux mondes sont différents, mais je les connais bien, j'ai 40 ans de vie hospitalière derrière moi, plus maintenant une position d'administrateur dans un hôpital psychiatrique. Puis, je suis arrivé dans le social, parce que les médecins ont soi-disant une fibre sociale.

On va essayer de voir comment on peut rapprocher ces deux mondes. Ça peut se faire en examinant les difficultés des deux secteurs.

Les difficultés actuelles des hôpitaux psychiatriques :

- la raréfaction des psychiatres. C'est une profession sinistrée, donc il y a une réflexion à faire de ce côté là. J'ai des pistes.

- il y a maintenant un tronc commun infirmier : autrefois, c'était séparé, il y avait des infirmiers psychiatriques et des infirmiers généralistes. Les infirmiers que j'ai connus, qui « avaient de la bouteille », ils étaient presque des pré-psychiatres. Ils avaient une approche du malade psychiatrique qui leur permettait de faire une sélection vis-à-vis du malade et d'approcher les malades avec des techniques. On ne connaît plus ça maintenant dans les infirmiers psychiatriques qui sont excellents, mais qui ont besoin d'une formation complémentaire pour pouvoir approcher les personnes en difficulté.

- l'explosion des demandes psychiatriques ! Maintenant, tout le monde est déprimé ! Dès que l'on perd son caniche, on est déprimé ! La demande psychiatrique a explosé et les psychiatres matériellement ne peuvent pas répondre.

- l'organisation hospitalière telle qu'elle est devenue, fait participer les médecins de plus en plus aux charges administratives et pour eux, c'est un poids extrêmement important, ça leur mobilise du temps et qu'en suite de ça, ils ont besoin d'une formation complémentaire ..., je ne vous parle pas du paiement à l'activité, le DIM... Ils ont des tâches annexes importantes avec une raréfaction. Dans l'hôpital où je suis administrateur 8 des praticiens ont plus de 55 ans et aspirent, non pas à la tranquillité, mais à continuer à faire le cœur de leur métier. Et plus on leur met de tâches, plus ils sont contrariés, ils n'y arrivent pas...

C'est tout ce que je retiens pour le secteur psychiatrique qui est une image complètement parcellaire des difficultés, mais que j'ai pointées de façon à passer à l'autre secteur.

Les travailleurs sociaux ne sont pas des gens faciles non plus. Les psychiatres ne sont pas faciles, mais les travailleurs sociaux non plus ! Je vais pointer un certain nombre de difficultés qu'ils ont, mais pas des difficultés qu'ils nous procurent !

Ils ont des difficultés parce que les projets, on est toujours dans des projets d'insertion : l'adéquation entre la personne et le projet d'insertion est une difficulté majeure, presque une gageure. C'est-à-dire que l'on essaie d'amener la personne sur un parcours valorisant pour elle ; mais pour trouver la bonne mesure et mettre la barre au bon niveau, c'est un travail extrêmement difficile. Actuellement, on descend dans les perspectives, avec les maisons relais, les classes de stabilisation... On essaie d'adapter, ça serait une des solutions aussi, c'est de trouver le maximum de structures pour répondre à toutes les demandes et au niveau des demandes. Il faut modifier les choses : il n'y a pas que le CHRS, pas que le projet d'insertion, pas que le travail (parce que le travail n'est pas l'Eldorado pour tout le monde). On ne rentre pas dans un CHRS de gaité de cœur et si à l'entrée du CHRS on vous dit « arrête de boire, arrête de fumer », ... Comme je dis, si on est capable d'arrêter de boire, d'arrêter de fumer, c'est qu'on n'est plus client pour un CHRS... Il faut voir les choses comme elles sont et c'est cette difficulté pour les personnes, nos usagers et pour les travailleurs sociaux de voir quelle est la bonne hauteur de la barre, c'est cette difficulté qui est frustrante et pour la personne qui ne va pas sauter la barre et qui va donc prendre un coup supplémentaire en disant « c'est une situation d'échec poubelle », c'est aussi une situation difficile à vivre (ça a été souligné pour les travailleurs sociaux) avec des objectifs légitimes qui ne sont pas atteints par les personnes qu'ils accompagnent. Je suis pour l'équipe minimum. C'est-à-dire de demander aux personnes un certain nombre de choses, en particulier de ne pas nuire à leurs semblables. Le reste, tout est modulable. Il ne faut pas essayer de changer la vie des gens, il faut les laisser avec une certaine possibilité, potentialité qu'ils ont eux-mêmes décidé et pas leur faire faire des choses sensationnelles. C'est comme ça qu'ils se sentent le mieux.

La pathologie la plus rencontrée, c'est la dépression. En tant que médecin, certains termes ne me plaisent pas comme « tendance à la paranoïa, à la schizophrénie... » ce sont des termes que l'on ne doit pas employer. Déjà, les psychiatres se méfient des étiquettes sur leurs patients. Je ne pense pas qu'un travailleur social doive mettre une étiquette ou une tendance. Il faut se méfier de la terminologie psychiatrique. Je ne suis pas persuadé aussi que précaire = psy, et que psy = précaire. Les choses ne sont pas aussi simples qu'elles en ont l'air. C'est pour cela que je disais, il n'y a pas le tout psychiatrique ! Toute la précarité n'est pas psychiatrique. Actuellement, les travailleurs sociaux, les organisations sociales ont tendance à vouloir conduire les personnes en direction du psychiatre pas à 100% mais à travers des pathologies que l'on dit dans ce milieu là à 100%. La souffrance psychique, je suis susceptible de penser qu'une pathologie à 100% soit une vraie pathologie. Est-ce que ce n'est pas plutôt une habitude ? Si tout le monde l'a, est-ce que c'est vraiment une pathologie ?

Voici quelques solutions : l'Eldorado du réseau, je n'en parlerai pas, je rappellerai simplement qu'un réseau c'est important, car ça passe par des protocoles, et les protocoles c'est valorisant, mais aussi frustrant. Quand vous passez un protocole, vous faites des choses, mais vous en abandonnez d'autres. Il faut bien réfléchir à ce que c'est qu'un protocole, vous ne faites pas tout dedans.

Du fait de la raréfaction des psychiatres, il va falloir trouver une profession intermédiaire : les infirmières de point santé, les psychologues, etc., une profession intermédiaire qui va pouvoir déceler ce qui est de la pathologie grave et qui ne ressort absolument pas de ces médecines douces, mais qui viennent du secteur de la psychiatrie lourde (la psychose maniacodépressive, le schizo...), tout cela ne doit pas être pris en charge par des médecines douces. Il faudrait démanteler le psy, pour savoir ce qui est vraiment psy...

Il va falloir faire un glissement des professions (il existe maintenant des possibilités de diagnostic infirmier, des pathologies prises en charge par le secteur infirmier), de façon à leur donner plus de responsabilités.

Danielle Messager

Merci M. Barret. Maintenant, je m'adresse à M. Bodenez : on a parlé psychiatrie, liens entre le sanitaire et le social. Ce lien, vous y tenez vous aussi. Vous m'avez dit qu'il était difficile parfois d'établir les relations, trouver les bons interlocuteurs, difficultés à évaluer, lourdeurs, les travailleurs sociaux par ci, les infirmiers de l'autre, et le service social de l'hôpital, à quoi sert-il là dedans... Comment on fait, de votre point de vue de psychiatre, pour maintenir ce lien autour de la personne ?

Pierre Bodenez

Par rapport à la première table ronde, ainsi qu'aux propos introductifs du sociologue, on voit bien qu'en termes de thématiques, on est dans une situation compliquée. Santé mentale et précarité, la situation à la campagne ou dans les grandes villes, ce n'est pas tout à fait pareil. Le contexte dans lequel on travaille, la notion même de précarité, va être un contenu plus ou moins grand, large et que ce n'est pas la même chose la précarité dans les campagnes, les personnes âgées, que la précarité autour des SDF dans une grande ville, parce que principalement quand même, ce sont dans les grandes villes que l'on va retrouver les SDF. La définition que l'on a au Centre d'Accueil Précarité sur Brest, concerne la grande précarité, c'est-à-dire la question des SDF ou des personnes qui ont des logements instables (hôtels meublés, dans la rue, dans les squats...). Les gens en CHR, on m'a expliqué que ce n'était pas des SDF dans le sens strict du terme, au point de vue légal, mais en tout cas, ils sont dans une situation instable.

C'est très étonnant : la notion de précarité, on parle de précaires depuis 5 ans. Avant on parlait des exclus, et avant, on parlait des pauvres ou du quart-monde. Les changements de termes ne sont pas complètement indifférents. La précarité, c'est consubstantiel à l'humain, et plus particulièrement à la vie, d'être précaire. Pas la pauvreté, ce qui n'est pas la même chose et encore moins l'exclusion. Il ne faut pas confondre.

Du côté des psychiatres, sur la question de la souffrance psychique, on n'aime pas trop ; je préfère le terme utilisé par Jean Furtos, celui de *souffrance psychosociale*. Parce que la souffrance psychique est vaste et avoir l'illusion que l'on pourrait la supprimer, à mon avis, il n'y a qu'une seule solution : que l'on se mette tous sous héroïne, à dose matin, midi et soir..., et on est sûr de régler notre problème de souffrance psychique. Mais je ne suis pas sûr que l'idéal humain soit la suppression de la souffrance psychique. Par contre la souffrance psychosociale, c'est une autre histoire.

Depuis ce matin, ce que j'entends c'est **la question de l'isolement** : c'est un terme qui reflue à la fois quand on parle des patients en situation de précarité et ça revient également du côté des intervenants. De toute façon, dans toutes les pathologies, il y a un effet miroir. C'est-à-dire que les intervenants sont pris en miroir de la problématique et de leur patient (je parle de patients parce que je suis psychiatre). La difficulté, c'est tout le temps de tisser les liens ; le terme de réseau, je ne suis pas fanatique, parce que **la question du réseau**, il faut voir qu'est-ce que c'est qu'un réseau : est-ce que c'est un filet pour attraper les poissons ? Les sujets dans la rue ? Ou est-ce que c'est **un réseau de communications qui sert à faire circuler l'information**, de faire en sorte que les gens se rencontrent ? Il faut faire attention : un réseau peut être très renfermant, alors qu'il peut permettre aussi une communication. On est dans des **pathologies du lien**. Quand la précarité entraîne destruction de liens, sociaux, familiaux, etc., ce qui entraîne la précarité. Il y a un certain nombre de patients qui ont des pathologies mentales, qui ont des grosses difficultés autour des liens, ce qui va permettre ou qui va entraîner des désinsertions sociales. On a certains patients, quand on reprend leur histoire, qui n'ont jamais eu de liens. Déjà des problématiques d'abandon, de cursus divers à travers les diverses institutions au cours de leur enfance ou de leur adolescence et qui se retrouvent rapidement dans un parcours d'errance.

Donc, la question est vraiment celle des liens. Un exemple : les CHRS de Brest n'arrêtaient pas de se plaindre des urgences psychiatriques en disant « ça ne se passe pas bien, quand on adresse un de nos hébergés aux urgences psychiatriques ». Une étude a été faite. On s'est alors aperçu que dans notre file active à nous, c'est 1% des urgences en psychiatrie ; 1% pour les psychiatres, ça ne représente vraiment pas un problème. Ce n'est pas parce qu'il y a un patient provenant d'un CHRS où il est hébergé, arrivé aux urgences psychiatriques, qu'il va y avoir un regard et que ça va poser problème au niveau des urgences psychiatriques. Encore une fois, c'est extrêmement minime. En même temps, si on regarde la situation vue du côté des CHRS, chaque hospitalisation entraîne des difficultés importantes ou en tout cas, il y a eu autour de cette situation x ou y au sein du CHRS, ça a entraîné des conséquences importantes au sein du CHRS, à la fois du côté des co-hébergés et des intervenants. Ce que l'on a essayé de faire : qu'il y ait une convention (pas un protocole car c'est trop rigide) entre les CHRS et les urgences psychiatriques pour avoir un certain nombre de modalités d'hospitalisation. Comment ça se passe quand on doit adresser un patient aux urgences psychiatriques ? Ce dont l'on s'est aperçu, le patient arrivait aux urgences psychiatriques sans qu'il y ait eu du lien entre l'équipe du CHRS et les urgences psychiatriques, sans que le patient soit accompagné, etc. Le psychiatre se trouvait alors confronté à prendre une décision de type clinique, c'est-à-dire est-ce qu'il nécessite ou pas l'hospitalisation, et il ressortait.

Autre fait important dont on s'est rendu compte : **le service social de l'hôpital était court-circuité**. Ça a été une grosse surprise pour nous ! Car il semblait plus évident pour les intervenants sociaux de contacter le service social de l'hôpital, plutôt que de contacter directement les infirmiers ou les médecins. Or, les travailleurs sociaux contactent plus facilement les équipes infirmières directement dans le service où il demandera à parler à l'infirmier ou au médecin, qui se trouve fort démuni pour causer à un travailleur social, parce qu'il ne sait pas quoi lui dire... Puis, il ramène les choses du côté du travailleur social de l'hôpital, qui va servir d'intermédiaire. Donc, on était dans des circuits un peu compliqués. De façon évidente, **le service social de l'hôpital doit être mis en interface entre le service social sur la ville, ou le département et les sanitaires**.

Nous avons aussi mis en place un staff médico social. Le fait de reprendre les situations qui posent problème à la fois pour les travailleurs sociaux, qui sont suivis en milieu hospitalier, nous permet de changer le regard des uns et des autres sur les situations. On voit bien que l'on peut travailler ensemble. Travailler ensemble, ce n'est pas simplement accumuler des interventions successives. Le problème qu'il y a entre le sanitaire et le social, c'est que l'on demande aux patients de sauter sur une jambe sur 100 mètres et sur l'autre jambe, 100 autres mètres..., c'est successif, 100 m avec le social, 100 m avec le sanitaire. Et le sanitaire renvoyant sur le social, en disant « sautez sur votre jambe gauche, au lieu de votre jambe droite ». C'est plus simple de marcher sur ses deux jambes et d'alterner un pas avec la jambe droite, et un pas avec la jambe gauche (c'est moins fatigant pour avancer). L'idée était : **comment peut-on lier les choses et intervenir en même temps**. C'est-à-dire, quand le patient est à l'hôpital, les travailleurs sociaux de l'extérieur ne sont plus concernés par la situation parce qu'il est à l'hôpital et quand il est à l'extérieur, l'hôpital n'est plus concerné parce qu'il est à l'extérieur. Comment tout le temps, on peut continuer à travailler ensemble ?

Sur la question de la demande : ce n'est pas tout à fait vrai. Quand on est à Rennes, on connaît les travaux de *Hasting* sur le « *cure* » et le « *care* », entre les traitements curatifs et les traitements *caratifs* (comme il dit). Quand on dit que les patients n'ont pas de demande, c'est absolument faux. Ils n'ont pas de demande de soin « *cure* », mais un certain nombre de patients qui ont des demandes de soins « *care* ». C'est là-dessus qu'il faut s'appuyer. Le problème des hôpitaux : quand un patient demande le soin de type « *care* », une demande de soin « *caratif* », c'est considérer comme une demande ce qui n'est pas une bonne demande. Si on acceptait de travailler avec la demande de soins qui est une demande de soins « *caratifs* », à ce moment là, on verrait qu'il y a une demande de soins.

Danielle Messager

Merci M. Bodenez. Nous allons enchaîner avec la position de l'UNAFAM. Vous êtes déjà intervenue tout à l'heure au sein de la salle : je me tourne vers Marie-Françoise Pilet, vous êtes déléguée régionale de l'UNAFAM région Pays-de-Loire. Vous dites : je me trouve dans cette table ronde sur les acteurs sociaux. On va peut-être me dire « que faites-vous là ? ». Est-ce que je suis bien à ma place ? Ce que vous allez nous expliquer, c'est que vous revendiquez cette place d'acteur social au sein de ce groupement de personnes qui s'occupe de la souffrance psychique, parce qu'au-delà de l'expertise que vous avez acquise (par la force des choses) avec votre entourage, vos proches, par le fait que vous servez aussi de liens avec les différents établissements, les différentes prises en charge (elles sont souvent nombreuses) et ces phases de transition, ce sont bien les familles qui les gèrent. Donc, vous êtes aussi acteur et vous souhaitez que soit reconnue au sein de la société cette notion d'accompagnement forcément nécessaire sur la durée.

Marie-Françoise Pilet

Oui, nous la revendiquons. Aujourd'hui, il est évident que le raccourcissement des temps de prises en charge institutionnelles, qu'elles soient à l'hôpital ou dans les différentes structures de post-cure ou autre, impose aux familles d'assumer ; le basculement des soins de l'hôpital vers la cité font que les familles sont impliquées de fait dans la prise en charge de la personne malade. Ces familles vivent avec beaucoup de souffrances la maladie du proche, elles sont souvent épuisées, parfois dévalorisées, mais elles ont fini par acquérir des savoirs et des compétences et elles assurent le « prendre soin » quotidiennement, du début de la maladie de leur proche jusqu'à leur mort. Elles vont être le fil conducteur, celui qui sera toujours là. On les appelle « les aidants naturels, les aidants de proximité », et elles permettent cette articulation entre le social et le médical, l'UNAFAM ne travaillant qu'en articulant les deux, jamais seul, toujours avec **des partenaires du social et du médical en même temps**. Toutes ces raisons font que nous nous vivons comme des acteurs sociaux essentiels, parce qu'ils sont toujours là (évidemment, ils ne sont pas là pour tous, car tous n'ont pas de famille) et notre rôle évite aussi bien des drames. **Nous sommes amenés sans le savoir à faire de la prévention** quelquefois. Nous avons donc besoin d'une formation. Et l'UNAFAM s'y attache, c'est une de nos missions. Nous apprenons à prendre soin de nous, à prendre de la distance, à accepter une forme d'échec, nous apprenons vite à renoncer à l'idéal que nous avons pu concevoir pour nos proches, à gérer ce renoncement et nous apprenons à respecter les logiques non normatives, et nous apprenons à vivre la logique de l'illogique, auprès de ces malades. C'est dur, mais ça s'apprend, avec le temps, l'expérience et avec l'aide du groupe et des autres.

Nous souffrons aussi d'un problème qui nous ramène à la précarité : il existe aujourd'hui très peu de structures intermédiaires, de SAS ou d'essais, qui seraient capables d'assurer les transitions entre deux prises en charge. Il est illusoire pour les malades psychiques qui constituent le groupe des familles de l'UNAFAM et de ceux que nous représentons, de **penser en progression linéaire**. Nous savons que ce sont des personnes qui sont d'une extrême variabilité et **qu'il va se produire des ruptures, des retours en arrière, des changements répétés**. La précarité, pour nos malades, nos proches, **naît très souvent de ces ruptures**, qui ne sont pas toujours gérées par l'institution. Il ne faut pas s'étonner que les personnes souffrantes, malades et handicapées psychiques, qui n'ont pas de proches en état de les aider, sachant quand même, Docteur je ne me permettrai de vous contredire, qu'un certain nombre ne sont pas en état de demander. Ils sont parfois en état de demander mais à d'autres moments, ils ne le sont pas, ou certaines pathologies les poussent à ne pas demander. Il n'est pas étonnant que s'ils n'ont pas un proche qui fait le relais que nous sommes, ils se retrouvent très facilement dans ces ruptures, sans soins, sans ressources, sans domicile, sans accompagnement et finalement nous le savons dans la rue ou en prison.

Ce que nous demandons, ce que nous espérons, c'est une continuité de la prise en charge pour essayer d'apprendre à gérer ces structures institutionnellement. Pour nous la précarité, ce à quoi nous assistons, c'est qu'elle naît aussi du fait que ces personnes sont souvent incomplètement accompagnées. Pourquoi ? Parce que chaque métier va s'occuper d'une petite partie de la vie de cette personne sans arriver toujours à faire la synthèse de tout. Elle nécessite un accompagnement sur plusieurs points qui sont absolument indissociables. Nous savons que le **soin médical** dans la continuité est indispensable, qu'elles ont besoin d'un **minimum de ressources**, qu'elles ont besoin d'un **logement** et qu'elles ont besoin d'un **accompagnement social**, qui permettra d'éviter la solitude et l'exclusion. Vous pouvez prendre ces **quatre points**, s'il y en a un qui ne fonctionne pas, inévitablement on va à la rechute, à l'exclusion, et à tout ce que nous avons pu décrire, à l'incurie. On peut ajouter en plus deux points qui sont quand même nécessaires, une protection juridique, puis une activité, une réinsertion par le travail quand c'est possible.

Nous défendons ces six points à l'UNAFAM, en particulier les quatre premiers qui sont absolument indissociables, parce que le système ne fonctionne pas, la personne ne tient pas, s'il y en a un qui manque. Vous pouvez soigner un malade, s'il se retrouve seul dans une chambre isolée, il est évident qu'il arrêtera son soin et qu'il retombera malade. Vous pouvez lui donner les moyens de vivre. S'il est tout seul, et qu'il n'est pas soigné, il sera malade. On sent bien que tous les acteurs sanitaires et sociaux doivent travailler ensemble autour de la personne. Comme vous le dites Docteur, il ne s'agit pas de faire un petit moment avec l'un, un petit moment avec l'autre. Mais les réunions de synthèse, tout doit se faire en équipe. Nous sommes convaincus que c'est comme ça que les choses se font, avancent, et les familles, quand elles existent, si elles existent, si elles ont ce lien privilégié avec le malade, doivent participer à ces synthèses et cette organisation globale autour de la personne.

Danielle Messager

Merci. On termine par Marie-Renée Gaudichon, qui est responsable du Centre départemental d'action sociale de Chartres de Bretagne. Beaucoup de choses ont été dites autour des liens, du travail ensemble, du travail côte à côte. Que pouvez-vous ajouter sur ce thème ?

Marie-Renée Gaudichon

Oui, beaucoup de choses ont été dites. Les équipes avec lesquelles je travaille et moi-même nous sentons concernées par tout ce qui a été dit pour les vivre en local, puisque les Centres d'Action sociale sont en proximité des habitants, en tout cas dans ce département.

Qu'est-ce que je pourrais dire de différent ? Tous ont parlé de la compétence, de la formation. Pour avoir travaillé dans le social depuis 20 ans, et avant dans la psychiatrie en étant « infirmière ancien régime » (comme disait Monsieur !), les difficultés exprimées par les travailleurs sociaux ne sont pas très loin, sinon similaires pour partie de celles qu'expriment les usagers de la santé mentale. Chacun le dit à sa façon : l'échec, l'inutilité, « où je vais ? », « comment je fais ? », « Comment je comprends ? », « à quoi je sers ? »... Quand on dit formation, je dirais plutôt : **aider les aidants** qu'ils **soient institutionnels, associatifs...**, tous les écoutants, plutôt **à un savoir être**, ou un **savoir dire à la personne que l'on accueille**. Si un thérapeute peut éclairer, par rapport à la personnalité du patient, d'aller dans ce sens ou plutôt faire ainsi... C'est plutôt ça pour moi plutôt que dire « on va former les travailleurs sociaux à la maladie mentale ». Il y a dans ce département des formations annuelles sur la maladie mentale. C'est une sensibilisation. En huit jours, on ne peut pas faire d'un travailleur social, un thérapeute. C'est hors de question ! Chacun sa mission, sa place, sa compétence. Par rapport à cela, c'est **la question du diagnostic** : les travailleurs sociaux disent : « ce monsieur est schizophrène, paranoïaque... ». Est-ce que le diagnostic quand il est posé, est compris comme peut le comprendre un travailleur social, et aidant dans la communication et dans l'accompagnement de la personne ? Je n'en suis pas sûre. J'aimerais bien que l'on discute de ce point là. **Est-ce que ça ne fait plutôt écran à la communication avec la personne** en disant « je ne vois plus la personne, mais je vois sa maladie ». Je résume car j'avais écrit ces difficultés exprimées par l'un et par l'autre et comment chacun perçoit-il l'autre, comment chacun pense-t-il être perçu par l'autre ? Qu'est-ce que chacun ressent ? **La personne n'est-elle pas réduite à sa maladie ?** Comment aider à la manifestation des capacités ? Comment la maladie peut-elle être intégrée à un projet ? Parlons de projet d'accompagnement : tout à l'heure a été évoquée l'émergence des difficultés psychosociales par le RMI. Qu'est-ce qu'un contrat d'insertion ? Quand on connaît la difficulté de s'insérer pour tout un chacun dans notre vie. C'est quoi la légitimité d'un contrat ? Est-ce que quelqu'un qui ne va pas bien peut contractualiser et quelle valeur ça a ? Ne devrait-on pas passer sur un projet de vie ? Sachant qu'un projet de vie ce n'est pas que : avoir un travail, avoir un logement. C'est aussi une vie personnelle.

Sur les termes maladie mentale ou précarité : ça m'horripile assez d'entendre, la précarité et les minima sociaux. Ça m'agace ! Je vois tous les jours des gens qui sont en difficulté, sans problèmes financiers, par exemple. Mais ils ont d'autres difficultés par rapport à eux, par rapport à la vie familiale, par rapport au travail, aux enfants... La difficulté qui peut naître et entamer autre chose, entamer peut-être de la précarité, la précarité nous ramène aussi à la pauvreté... Est-ce qu'il faut le voir comme ça ?

Pour des personnes en souffrance psychique, ça va les mettre un peu plus en recul des notions, de l'autonomie, d'indépendance... Tout ce que l'on peut prôner quand on est travailleur social. On ne suit plus, on accompagne. Et **jusqu'où faut-il aller dans l'accompagnement** ? Faut-il maintenir un accompagnement en complémentarité des autres jusqu'à quand ? Est-ce qu'un service, comme celui que je représente, aux moyens d'accompagner dans la durée x personnes ? Je n'en suis pas sûre !

Par rapport à l'accompagnement, je soulèverais aussi la difficulté de l'insertion des bénéficiaires du RMI. Un autre relais de l'insertion, c'est le logement. Le travailleur social a en charge d'accompagner la personne, de l'aider, de la protéger (de faire avec elle, de faire valoir ce qui ne va pas pour solliciter des aides et aussi faire valoir ce qui va). Le travailleur social est entre la personne et les services ; les institutions et les procédures n'ont pas ces notions de temps, le temps qu'ont besoin les personnes pour arriver à faire des démarches, à les sortir de là où ils sont pour quelque chose de mieux, avec moins de souffrances. Le logement fait partie du « prendre soin ». Les procédures et dispositifs ne sont pas toujours satisfaisants. Est-ce que c'est cela qu'il faut changer, modifier ? J'ai entendu qu'il faut que l'on modifie nos pratiques, c'est vrai. Je le pense, parce que l'on n'a pas d'autres moyens aujourd'hui. On est interpellé de telle sorte qu'on ne peut pas mettre en activité les outils que l'on a acquis. J'ai été contente d'apprendre que quand on ne sait plus, finalement, on va peut-être savoir autre chose, on va être obligé de faire autrement ! (Dixit Monsieur Furtos). J'avais écrit cela en me disant qu'il va falloir que l'on soit créatif. Quand on regarde le handicap physique : les handicapés physiques ont aidé les politiques à mettre en place des législations qui correspondent à ce qu'elles souhaitent et ce qui peut être au mieux pour elles. Peut-on l'imaginer pour des usagers en santé mentale et handicap psychique ? Ces personnes là, c'est un peu moi, je leur ressemble un peu..., ça, on a du mal à le dire, ils ne sont quand même pas comme nous. On a aussi des défenses parce que l'on est humain ! On peut dire oui, je peux être handicapé physique, si demain, j'ai un accident. Mais l'accident psychique !

La recherche de partenariat : quand on ne sait pas... ; je ne sais pas d'ailleurs s'il y en a qui savent, d'autres qui savent pas, ou qui savent moins... Je n'en suis pas sûre ! On ne sait pas les mêmes choses et c'est l'addition de tout ça que l'on pourrait faire : prendre des décisions ou des orientations. Est-ce qu'elles sont les meilleures (car c'est souvent difficile à prendre) ? Il vaut mieux être autour d'une table à plusieurs à ne pas savoir, être autour d'une table et se connaître d'abord, connaître les limites de chacun et ne pas se dire « si celui-là était là, ça serait beaucoup mieux pour tout le monde », alors que ce n'est pas tout à fait vrai... En tout cas **prendre des décisions de collégialité ou d'orientation**.

Danielle Messenger

Beaucoup de questions ont été posées dans votre intervention. On va en discuter maintenant. Je donne la parole à la salle.

Assistante sociale de la PASS de Vannes

Je ne suis pas forcément d'accord sur le fait qu'il ne soit pas nécessaire de connaître le diagnostic : pour participer au staff médico-psychologique, ça aide par rapport à la prise en charge. Savoir que cette personne a une pathologie psy, connaître aussi les difficultés qui sont réelles par rapport à des psychotiques. Ça affine mon accompagnement.

Marie-Renée Gaudichon

Sans l'aide d'un diagnostic, c'est de dire effectivement quelles sont les capacités de la personne, quels vont être les problèmes ? Oui. J'ai l'impression que le diagnostic fige. Mais c'est mon impression.

Pierre Bodenez

On voit bien qu'il y a un espèce de compromis qui s'installe. Je vais élargir la question autour de santé mentale et précarité, sur la question : est-ce que l'on parle de schizophrénie ? La question c'est : schizophrénie et précarité, schizophrénie et ville, schizophrénie et les troubles de voisinage, etc., qui sont des questions importantes. Au sein du conseil local de santé mentale, c'est plutôt comme ça que ça s'oriente, ce sont ces questions là qui viennent. Pourtant, il y a d'autres questions qui sont là, qui sont celles de la souffrance psychosociale, de la précarité ou de la pauvreté. On a intérêt à démembrer les choses même si bien évidemment au sein d'une PASS santé mentale ou d'une PASS médecine, chirurgie obstétrique, on se retrouve confronté à traiter des situations qui englobent l'ensemble de ces situations. On a intérêt à différencier les choses ! Bien évidemment que dans un parcours d'insertion, est-ce que ça sert à quelque chose qu'un patient étiqueté schizophrène, soit dans un parcours d'insertion au niveau travail, etc. Est-ce que ça a un sens ? Parfois ça a un sens, parfois non. Si dans les CHRS il n'y a que des patients schizophrènes et que les autorités de tutelles leur demandent de rentrer dans des parcours d'insertion qui seraient déterminés par la reprise du travail au bout de six mois ; bien évidemment, on est dans des défis impossibles. Reste à savoir s'il n'y a pas une autre insertion qui serait en dehors du travail ? Peut-être qu'il y a des parcours d'insertion au niveau social qui sont à travailler. J'ai bien aimé votre métaphore : la hauteur de la barre. La difficulté c'est que certains médecins mettent la barre à une certaine hauteur, les travailleurs sociaux la mettent aussi à une certaine hauteur et puis les patients, les usagers qui mettent la barre à une autre hauteur... La plupart du temps, on met la barre trop haute, et on n'est pas content parce que l'on ne saute pas par-dessus la barre et à tout les coups, on désespère (= tous les acteurs désespèrent !). Si on mettait les barres plus basses, on arriverait à sauter par-dessus la barre ...

Danielle Messenger

Si j'ai bien compris votre réponse : « ça dépend » ?

Pierre Bodenez

Bien évidemment. La grosse difficulté c'est de mélanger, toutes les pathologies. Ce n'est pas la même chose la souffrance psychique, la souffrance psychosociale, et la schizophrénie.

Marie-Françoise Pilet

Les familles peuvent très bien comprendre ce que vous dites Docteur, d'autant que quand on dit schizophrénique, qu'est-ce que ça veut dire ? Parce qu'il y en a mille formes et chaque patient est différent. Ce qu'il faut savoir, c'est ce qui est dit et ce qui est nécessaire pour chaque personne. Néanmoins, le manque d'explications arrive quelquefois à des situations absolument ridicules. En particulier, je voudrais citer ce qu'il se passe aujourd'hui dans les MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) qui évaluent et qui vont prendre des dispositions importantes, qui ne sont pas des dispositions sanitaires, mais précisément pour encadrer la vie de ces personnes (d'un point de vue des ressources, de leur accessibilité au travail ou à une certaine forme de travail encadré).

Il y a des équipes pluridisciplinaires formées et la commission des moyens d'autonomie dans laquelle siège des personnes qui ne connaissent rien à ces pathologies. Des dossiers vides où il n'y a pas de nom, de pathologie, et pas d'explications, notamment à l'intérieur d'un certain nombre de dossiers médicaux. Comment voulez-vous à ce moment là que l'on statue sur ces personnes ? Les responsables en sont à chercher le nom du handicap et essayer de trouver à droite, à gauche, en joignant les travailleurs sociaux ou autres, qu'est-ce qui touche cette personne et ce que l'on peut faire pour elle ? Les termes stigmatisant sans explication ne servent à rien, mais il faut un minimum d'informations claires pour les décideurs qui sont dans les MDPH aujourd'hui, afin qu'ils puissent avoir les moyens de décider. On a donc besoin d'avoir un vocabulaire commun.

Danielle Messenger

C'est vous, M. Paul Barret, qui disiez tout à l'heure : attention aux termes, à ne pas employer de terminologie psychiatrique.

Paul Barret

C'est un terme général. Cette communication médicale est extrêmement difficile, vous savez qu'elle est abîmée par cette histoire de secret médical et en même temps de secret médical partagé (ce qui est pour moi une aberration !). La communication d'un diagnostic ou d'une approche diagnostique des renseignements médicaux doit être jugée par le bien qu'il peut faire à la personne. Ce n'est pas une satisfaction voyeuriste, ce n'est pas aussi le fait du médecin de dire : j'ai fait tel diagnostic, je soigne de telle façon cette personne... Mais ce qui est bon pour la personne, c'est cela qui est important.

Ça ne communique peu ou pas ! Souvent pas, parfois un petit peu ! On ne sait pas ! On apprend, souvent par la personne elle-même, qu'elle a été hospitalisée dans un établissement spécialisé. Qu'est-ce que le médecin doit communiquer ? C'est très difficile. Les médecins sont réticents. Et quelqu'un a dit aussi : c'est embêtant un diagnostic posé. J'étais obstétricien, je voyais sur les carnets de santé : « a été réanimé à la naissance pendant dix minutes ». Les scolaires regardaient ça et disaient : ce n'est pas étonnant qu'il ne connaisse pas la table des 9... C'est stigmatisant, traumatisant de mettre des diagnostics. Il y a une réflexion à faire et à partir de la personne.

Une intervention

Juste une formule : le secret médical doit s'arrêter quand il devient défavorable à la personne.

Jean Furtos

Le secret partagé est un sujet très difficile. Je suis tout à fait d'accord sur ce mot ambigu, puisqu'il y a des histoires décrites par la loi, on ne peut pas faire n'importe quoi, à certains moments, il y a peut-être une marge de manœuvre. Mais je préfère que l'on parle, dans le travail de réseau, de **préoccupation partagée**. Parce que l'on ne met pas l'accent sur des informations qui sont importantes pour le médecin, mais pas pour le partenaire, par exemple. La notion de préoccupation partagée **avec une éthique, une déontologie, élaborée en commun, permet de sortir d'une impasse.**

Pierre Bodenez

Ce n'est pas très compliqué dans un staff médico social de s'en sortir autour de ça. Les travailleurs sociaux sont quand même assez futés globalement ! Si vous leur dites que c'est un patient avec une pathologie lourde, ils savent bien à quoi ça correspond s'ils ont eu des formations à côté. Il y a moyen de traiter des choses d'une certaine manière. Petite précision sur les patients hospitalisés en psychiatrie : j'ai fait des statistiques, il y a un certain temps, sur un secteur de psychiatrie, sur les hospitalisations en service de psychiatrie : un habitant sur 10 avait été hospitalisé dans un secteur de psychiatrie au cours des 10 dernières années. Il faut faire attention encore une fois entre santé mentale et précarité. La psychiatrie ce n'est pas la schizophrénie et tous les schizophrènes ne sont pas précaires, et tous les précaires ne sont pas schizophrènes.

Laurent El Ghozi

Il n'y a jamais eu autant de psychiatres en France, sauf qu'ils sont mal répartis et c'est une question politique. C'est une question qui est posée aux pouvoirs publics.

Sur le partage des informations : je préfère ce terme de « préoccupation partagée » car si elle n'existe pas, on n'a aucune chance de se rencontrer. Une fois que l'on se rencontre, il faut que l'on puisse se dire des choses et ce que l'on dit, c'est de l'information. Et l'information, c'est des pouvoirs, ce n'est pas Madame Messenger qui me dira le contraire, et chacun tient à garder ses informations. On est bien dans de la rétention d'informations. Si on n'a pas envie de partager, il ne faut pas se rencontrer, il ne faut pas faire semblant. Si on se rencontre, c'est que l'on a des choses à dire, dans la limite de l'intérêt du sujet. Il y a 20 ans, concernant le cancer du sein, on ne parlait pas à l'assistante sociale, ni à la psychologue, ni à la famille... Aujourd'hui, on n'ose pas opérer un cancer du sein sans en parler, sans avoir un staff pluridisciplinaire. Il ne faut pas désespérer !

La disparition de la fonction asilaire de l'hôpital fait que les patients sont dans la cité. Et la cité, c'est à la fois la famille, d'où l'implication des familles et le rôle de l'UNAFAM et des autres associations, et c'est aussi la cité dont les élus sont responsables. Les questions qui se posaient de façon complètement différentes, parce que les malades mentaux, les malades psychiatriques étaient hébergés, résidant à la ville, se retrouvent aujourd'hui dans les familles et la cité et les familles et les élus sont sollicités de façon différente. Ça entraîne de la difficulté, de la souffrance pour les élus⁶. En même temps, est-ce que ce n'est pas fondamentalement un mieux que les malades porteurs d'handicaps ou malades psychiatriques soient dans la cité de façon plus libre, ouverte.

Marie-Françoise Pilet

Oui, c'est mieux. Il ne faut pas passer du tout asilaire au tout exclusion.

⁶ Cf. Rapport « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, les éditions de la DIV, nov. 2005

Question de l'amphi. sur la notion de tierce personne, de prendre le temps, prendre du temps pour l'écoute...

Pierre Bodenez

La question du temps est celle du temps actuel (quand je suis en entretien avec quelqu'un combien de temps, je l'ai devant moi), les tarifications à l'activité, ce n'est pas bon..., ainsi que celle de l'accompagnement dans le temps. Ce qui est difficile, vu du service public hospitalier, qui jusqu'ici a une certaine chance de ne pas être trop précarisé, c'est de voir du côté des travailleurs sociaux, une précarité dans le travail social. Je suis assez impressionné comment un patient étiqueté chronique (donc il a besoin d'un accompagnement lourd), combien d'interlocuteurs il va avoir au cours de son cursus. Il va changer de tutelle tous les deux ans, il va avoir des travailleurs sociaux qui vont varier, des intervenants x ou y..., On a l'impression à chaque travailleur social qui va ré-intervenir, de devoir tout réexpliquer, tout reprendre le cursus. C'est fatigant pour nous qui avons la chance d'être stables, pour le patient et ça ne l'aide pas à se repérer et à tisser des liens. Comment est-ce que l'on pourrait avoir un certain souci dans **la continuité des liens** ? Ce qui fait désespérer aussi le patient, le sujet, la personne, c'est bien de tisser des liens : je pense à une situation récente où il y a un stagiaire, école d'éducateur des sciences sociales qui a particulièrement investi un patient. C'est sympa, mais il fait son stage pendant six mois, et après il part. Le patient qui avait accroché avec cet élève éducateur, qu'est-ce qu'il se passe après son départ ? Ça l'a fait rêver pendant un certain temps, mais est-ce que ça suffit ? Est-ce qu'il ne faut pas être extrêmement attentif dans **la prise en charge dans la continuité**.

Une remarque de la salle

Par rapport à la prise en compte du diagnostic : dans l'accompagnement, il y a des personnes qui ont parlé de la place des personnes malades, des usagers comme partenaires des soins. Je me demande si dans l'accueil – j'aimerais avoir votre avis là-dessus - , c'est un moment pour recueillir ce que la personne a à dire.

Concernant la question du réseau, il existe des réseaux professionnels qui avaient des instances de rencontre.

Danielle Messager

C'est la matière à discussion que vous pouvez continuer à avoir avec les personnes présentes, parce que ce n'est pas une réponse directe que l'on peut vous fournir en quelques secondes, parce que malheureusement on va être obligé de terminer.

Je vous donne la parole Monsieur.

Une remarque de la salle

Tout ce qui a été dit aujourd'hui percute l'expérience que nous vivons en Ille et Vilaine autour d'une expérience **sur l'insertion professionnelle des personnes en souffrance psychique**. **Deux questions** me paraissent importantes : c'est **celles du lien et du parcours**. Les difficultés des personnes rencontrées, c'est bien le lien, et un double lien qu'elles ont : le lien entre les différents acteurs (social, sanitaire,...) et le lien dans la durée du parcours avec des systèmes qui sont essentiellement concentrés sur des prestations, une prestation qui commence, qui finit à une aide objective. Comment peut se situer la parole de l'utilisateur dans les objectifs de la prestation ? Il y a parfois de la contradiction : quand on dit « attention ne stigmatisons pas », pas entrer dans les villes, uniquement d'entrer par les services mais comment une personne qui elle-même est en difficulté d'avoir de l'incohérence dans son existence, va pouvoir s'y retrouver ? D'où l'idée **de se mettre en réseau** et non pas de faire en sorte que ça soit les personnes qui soient responsables de l'incohérence des parcours, mais les acteurs. Or, aujourd'hui, nous avons des acteurs qui viennent du champ du sanitaire, du champ de l'action sociale, d'autres champs de l'insertion et des politiques qui financent ces actions là, qui ne sont pas forcément eux-mêmes en réseau. Comment peut-on faire en sorte que les politiques de l'action sanitaire, de l'action sociale, de l'action d'insertion, se mettent aussi en réseau et puissent avoir un pilotage cohérent.

Pierre Bodenez

Je suis absolument d'accord avec vous sur les questions des réseaux. Dans une réunion organisée sur la précarité sur Rennes, en essayant de penser les choses, j'étais surpris, comment somme toute, les opérateurs de base, étaient assez spontanément en réseau. Qu'au niveau supérieur, c'est-à-dire au niveau des hiérarchies, ça devient un peu plus compliqué. Quand c'est au niveau des institutions, alors là, ça devient extrêmement compliqué ! Comment est-ce que les opérateurs de base peuvent continuer à travailler sans que leur hiérarchie ne les impose de ne pas se mettre en réseau avec leurs collègues... Il faut **être attentif à différencier les niveaux et les niveaux des réseaux**. La **question des conventions de comité de pilotage** est intéressante, parce que **ça fait bouger les institutions**.

Sur la question du temps, c'est de voir comment les dispositifs qui sont la plupart du temps centrés sur la question de l'urgence, c'est mettre un dispositif qui va traiter l'urgence, peut casser des liens qui sont en place avec des travailleurs sociaux, sur le terrain ou avec des équipes ou en psychiatrie ou en médecine. Si on favorise la question des urgences, tout le travail qui est fait avec le médecin référent ou avec le travailleur social référent, bien évidemment ca va être détourné, on va utiliser l'urgence.

Danielle Messenger

Merci. Nous arrivons à la fin de cette matinée. Merci à tous les intervenants de ce matin.

Ateliers

des dispositifs spécifiques et complémentaires : quelle évolution ?

- ▶ atelier 1 - les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité (pages 51 à 54)
- ▶ atelier 2 - les réseaux spécialisés (pages 55 à 57)

la précarité au sein de territoires diversifiés : quels partenariats ?

- ▶ atelier 3 - en milieu urbain (pages 58 à 61)
- ▶ atelier 4 - en milieu rural (pages 62 à 65)

vers une approche globale des personnes en souffrance psycho-sociale

- ▶ atelier 5 - aller au-devant des enfants et des adolescents (pages 66 à 69)
- ▶ atelier 6 - l'entraide mutuelle (pages 70 à 73)
- ▶ atelier 7 - logement adapté, habitat et lien social (pages 74 à 80)



**DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ET COMPLÉMENTAIRES :
QUELLE ÉVOLUTION ?**

**ATELIER 1 : Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité
Témoignage : l'équipe mobile du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) à Rennes**

Les missions de l'équipe mobile :

- accès aux soins spécialisés pour la population en grande précarité,
- repérage des psychotiques non connus et des psychotiques « perdus de vue », du fait de la rupture avec les équipes de secteur et de leur enfance,
- repérage des difficultés psychologiques et comportementales liées à cette précarité,
- rencontre avec les différents partenaires intervenant au niveau médical et au niveau social,
- faire le lien avec le CHGR et les divers partenaires,
- faire le lien avec les équipes extra hospitalières du CHGR, afin de permettre le passage de relais,
- permettre à une population précarisée qui a un domicile, d'avoir accès aux soins spécialisés avec le soutien des partenaires.

Population concernée :

Personnes sans domicile, hébergées en CHRS ou en résidence sociale, hébergées de façon temporaire, demandeuses d'asile, en FJT, domiciliées qui ne peuvent ou ne sont pas prêtes à aller vers le soin.

Conditions de fonctionnement de l'équipe depuis le 1^{er} septembre 2006 :

- 1 psychologue et 1 infirmier qui vont travailler sur Rennes Métropole
- 1 psychologue et 1 infirmier qui travaillent depuis avril 2000 sur la ville de Rennes

L'équipe est sous la responsabilité du médecin psychiatre, chef de service du département des conduites addictives.

Principe :

« Aller vers » et ce sont les partenaires sociaux, avec l'accord de l'utilisateur, qui proposent la rencontre avec l'équipe.

Pas d'intervention dans l'urgence, mais réponse dans la semaine et équipe joignable par portable.

L'équipe travaille en partenariat avec :

- les CHRS
- les résidences sociales : Triskell, les deux chênes...etc
- la mission locale
- le restaurant social Leperdit
- l'accueil de jour Puzzle
- le CAO
- les équipes de prévention de la S.E.A. en particulier au centre ville
- les animateurs locaux d'insertion dans le cadre du RMI
- la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du CHU
- ALFADI (association logement et familles en difficulté)
- les services d'accompagnement d'accueil des demandeurs d'asile
- le centre d'examen de santé

- les FJT
- associations d'insertion : jardin du cœur, EPI, AIPR
- les différentes structures de l'hôpital : CMP, département des conduites addictives.

A ce jour l'équipe a rencontré environ 3000 personnes et participé à un travail de réflexion avec l'ensemble des partenaires.

Contacts :

ORGEAS Agnès, psychologue clinicienne - équipe mobile CHGR à Rennes
envol@ch-guillaumeregny.fr

BREGER Alain, infirmier équipe mobile CHGR Rennes
envol@ch-guillaumeregny.fr

BESNARD Aude, Psychologue clinicienne - équipe mobile CHGR à Rennes
envol@ch-guillaumeregny.fr

**DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ET COMPLÉMENTAIRES :
QUELLE ÉVOLUTION ?**

**COMPTE RENDU DE L'ATELIER 1 :
Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité**

Questions posées :

- l'orientation des personnes en situation de précarité par les travailleurs sociaux vers l'équipe mobile permet-elle d'assurer leur accès aux soins ?
- quelle est la place de l'équipe mobile dans le parcours de soins et dans la continuité des soins et de l'accompagnement social (exemple : pendant et après l'hospitalisation, lors des allers et retours) ?
- quelle est l'évolution possible de ce dispositif d'équipe mobile, sachant que l'évaluation est complexe ?

I - l'orientation des personnes en situation de précarité par les travailleurs sociaux vers l'équipe mobile permet-elle d'assurer leur accès aux soins ?

Ce qu'apporte la médiation par les travailleurs sociaux :

- permet le lien entre professionnels de santé et professionnels du social
- permet à l'équipe soignante de rester équipe soignante.
- améliore la proximité, la réactivité et contribue à la facilitation de la rencontre
- permet la médiation
- favorise la coordination

Les questions que cela soulève :

- d'autres acteurs peuvent jouer le même rôle d'orientation parmi les travailleurs de première ligne (bénévoles, médecins généralistes...)
- l'accès aux soins spécialisés est une mission trop restrictive l'équipe mobile doit aussi « prendre soin » pour amener les populations précaires à « prendre soins d'eux mêmes »

II - Quelle est la place de l'équipe mobile dans le parcours de soins et dans la continuité des soins et de l'accompagnement social (exemple : pendant et après l'hospitalisation, lors des allers et retours) ?

- pour qu'elle assure une continuité, il faut que l'équipe mobile soit ré-interpellée par les travailleurs sociaux. Si ce n'est pas le cas, il faut revoir le fonctionnement des CMP pour assurer la continuité. Pose la question de la légitimité de l'équipe mobile à être le fil rouge en assurant continuité et ré-intervention.
- en situation de post-crise, l'équipe mobile peut préparer le « prendre soin », articulé avec le soin.
- pour certains, le rôle des équipes mobiles est clairement celui d'assurer lien santé-social, complémentarité et transitions ; d'articuler entre le dehors et le dedans institutionnel.
- pour d'autres, il y a superposition des missions entre équipe mobile et CMP.
- l'équipe mobile devrait pouvoir sensibiliser les équipes intra-hospitalières aux problématiques sociales liées à la précarité en amont des sorties.

III - Quelle est l'évolution possible de ce dispositif d'équipe mobile, sachant que l'évaluation est complexe ?

Évolution du dispositif :

- vers un partenariat
- vers des équipes, vers plus de pluridisciplinarité
- vers un périmètre géographique plus large

Évolution de la démarche :

- implication des travailleurs sociaux dans la conception du projet
- faire intervenir un professionnel psychosociologue pour assurer la transversalité dans le travail de l'équipe : analyse des pratiques, création et innovation pour le parcours de soin, groupe de parole pour l'équipe, et évaluation qualitative du travail accompli.

La possibilité d'évolution soulève aussi des questions :

- pourquoi ne pas intervenir dans l'urgence ?
- pourquoi ne pas aller activement vers la souffrance même en l'absence de demande ?
- est-il possible de définir des indicateurs pour les évaluations ?

Contacts :

ORGEAS Agnès, psychologue clinicienne - équipe mobile CHGR à Rennes
envol@ch-guillaumeregny.fr

BREGER Alain, infirmier équipe mobile CHGR Rennes
envol@ch-guillaumeregny.fr

BESNARD Aude, Psychologue clinicienne - équipe mobile CHGR à Rennes
envol@ch-guillaumeregny.fr

Animateur :

PELTIER-CHEVILLARD Véronique – CHU Rennes
veronique.peltier-chevallard@chu-rennes.fr

Rapporteur :

Dr BLAISE Pierre - DRASS Pays de Loire
pierre.blaise@sante.gouv.fr

**DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ET COMPLÉMENTAIRES :
QUELLE ÉVOLUTION ?**

**ATELIER 2 : Les réseaux spécialisés
Témoïn : le réseau souffrance psychique et précarité angevin**

A la fin des années 90, les professionnels du champ social, de plus en plus confrontés à la question de la souffrance psychique des publics qu'ils accompagnent, interpellent la psychiatrie.

Parallèlement, les acteurs du sanitaire sont sollicités pour répondre à des questions liées à l'insertion des patients qu'ils reçoivent.

Ces questionnements croisés amènent les professionnels et les institutionnels à créer un comité de pilotage pour étudier l'éventuelle formalisation d'un réseau. Cette réflexion se concrétisera en 2004 par la création de l'association « souffrance psychique et précarité, réseau Angevin ».

Le réseau a pour principaux objectifs de :

- faciliter l'orientation précoce et adaptée des personnes en offrant aux professionnels une meilleure connaissance des services et offres de soin sur le territoire.
- favoriser l'entrée dans le système de soin-insertion.
- permettre la continuité des parcours en limitant les ruptures.
- limiter le « nomadisme » médical et social.
- éviter l'épuisement des professionnels de première ligne.

Ses objectifs sous-tendent l'idée maîtresse du projet qui est d'améliorer la prise en charge globale des personnes en situation de souffrance psychique et de précarité.

Pour atteindre ces objectifs, nous mettons en place :

- des actions de coordination : équipe ressource pluridisciplinaire, réunions d'étayage et de synthèses.
- des actions de formation : sessions de formation continue (pathologies psychiatriques, souffrance psychique et demande de soin).
- des actions d'information : soirées thématiques, journée annuelle du réseau, participation à la semaine d'information en santé mentale, édition de plaquettes, site internet....

Un coordinateur : personne ressource et animateur de groupes de travail.

Contacts :

PLET Viviane, cadre supérieur au Centre de santé mentale Angevin, secrétaire de l'association « souffrance psychique et précarité : réseau angevin »
viviane.plet@ch-cesame-angers.fr

SAINT-ANDRÉ Thierry, coordinateur du réseau
resppa@wanadoo.fr

DES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ET COMPLÉMENTAIRES : QUELLE ÉVOLUTION ?

COMPTE RENDU DE L'ATELIER 2 : Les réseaux spécialisés

Questions posées :

- comment organiser la transversalité à l'échelle d'un territoire ?
- comment mesurer l'impact du travail du réseau sur les usagers - patients?
- quelles sont les conditions de pérennisation et de reproductibilité d'un tel réseau ?

I – Comment organiser la transversalité à l'échelle d'un territoire ?

- avec le réseau informel, intérêt que le réseau s'officialise pour éviter que, lorsque le professionnel part, son réseau ne soit pas connu
- importance de la pluridisciplinarité du réseau
- importance que des responsables soient présents pour qu'il y ait des décisions prises
- connaître les logiques institutionnelles pour pouvoir mieux informer les usagers
- proposer des micro-réseaux correspondant aux professionnels pour un territoire donné afin qu'il y ait du sens pour les usagers
- partager des préoccupations communes
- engager les institutions
- faire un état des lieux (territoire géographique : limites, ressources ...)
- le sens que les professionnels accordent à leur travail

II – Comment mesurer l'impact du travail en réseau sur les usagers-patients ?

- en quoi le réseau limite-t-il le morcellement de la prise en charge de la personne ?
- enquête usagers ?
- dialogue, enquête % associations – ex : UNAFAM ?

Critères pour évaluer l'impact :

- changement du regard des professionnels : moins de stigmatisation.
- associer les associations d'usagers dans le réseau pour avoir leur retour.
- repérer si dans le parcours des personnes il y a moins de ruptures.
- face à un problème constaté, voir si réponses mises en place adaptées – ex : constat hospitalisation car à la sortie pas d'hébergement adapté. Travail en réseau d'une réponse ⇒ moins d'hospitalisations.

III – Quelles sont les conditions de pérennisation et de reproductibilité d'un tel réseau ?

Communiquer : donner à voir, donner envie.

Pérenniser : formaliser mais pas trop, besoin de souplesse pour évoluer, réactualiser et réinterroger les objectifs et les besoins

Reproduire :

- besoin d'une phase de gestation commune pour chaque réseau / pas de plaquage
- nécessité de connaître d'autres réseaux
- +/- harmoniser

Valoriser l'efficacité des actions de santé publique : évaluer le financement FIQCS

Pérenniser :

- donner une lisibilité de financement sur plusieurs années
- reconnaître le travail en réseau
- donner du temps pour le réseau
- reconnaissance par les institutions et les politiques
- contractualiser l'engagement des acteurs du réseau

Contacts :

PLET Viviane, cadre supérieur au Centre de santé mentale Angevin, secrétaire de l'association « souffrance psychique et précarité : réseau angevin »
viviane.plet@ch-cesame-angers.fr

SAINT-ANDRÉ Thierry, coordinateur du réseau
resppa@wanadoo.fr

Animateur :

MESLET Bruno, DDASS 49
bruno.meslet@sante.gouv.fr

Rapporteur :

GENIN Jeannine, DRASS de Bretagne
jeannine.genin@sante.gouv.fr

**LA PRÉCARITÉ AU SEIN DE TERRITOIRES DIVERSIFIÉS :
QUELS PARTENARIATS ?**

ATELIER 3 : en milieu urbain

Témoins : le réseau Lampadaire de Rennes et les expériences A.P.A.R.T.V. de Laval

Le dispositif partenarial et d'étude des situations à Rennes (Maurepas)

Historique :

- mise en place en septembre 2003 à l'Espace Social Commun (ESC) de Maurepas d'une permanence infirmière de psychiatrie adulte
- mise en place en septembre 2004 d'une commission interprofessionnelle "Lampadaire" entre le Centre Médico Psychologique Saint-Exupéry et l'ESC

Fonctionnement :

- réunion tous les deux mois (3ème mardi du mois)
- alternativement au CMP ou à l'Espace Social Commun
- secrétariat assuré par l'infirmière du CDAS

Charte et les principes généraux :

- intrication de difficultés sociales et de troubles psychologiques ou psychiatriques
- situations qui mettent à mal le professionnel
- situations non urgentes
- non une supervision ni une analyse de pratique

Charte et la déontologie :

- respect de la liberté de la personne
- respect du secret professionnel
- anonymat de la personne dont il est question
- information de la personne laissée à la discrétion du professionnel
- pas de recherche sur les antécédents psychiatriques
- pas de dossier administratif ni de compte-rendu de réunion

Bilan 2004 - 2007

Une quarantaine de situations présentées :

- par des assistants sociaux, des animateurs locaux d'insertion, des conseillers techniques, des bailleurs sociaux, des agents d'accueil (ESC, ANPE), l'infirmière de l'ESC
- concernant les troubles du comportement (en RDV, à l'accueil, avec les voisins...), les symptomatologies psychiatriques repérées (dépressions, idées délirantes) ou le questionnement sur un éventuel mal-être, des bizarreries, le sentiment de " ne plus savoir comment faire", désarroi, épuisement

Contenu des échanges, pistes de travail évoquées :

- réflexion collective
- débrouillage du "social" et du "médical"
- aide à l'élaboration de savoirs-faire-face communs aux 3 institutions de l'ESC
- conseils quant aux modalités de relations avec les usagers (ne pas décider à la place de la personne, présenter différentes alternatives, savoir rappeler son rôle et le cadre, recevoir la personne à 2,...)
- sensibilisation à la nécessité de se concerter avec ses collègues
- orientation vers la permanence infirmière ψ ou le CMP
- éclairage sur la dangerosité comportementale potentielle
- questionnement sur le sens (pratiques professionnelles, attentes de l'institution ou de l'utilisateur,...)
- appréhension des situations sur du moyen ou long terme (et non forcément du court terme)

Effets dans les institutions :

- meilleure appréhension des rôles de chacun
- prise de recul sur les situations
- validation ou légitimation des stratégies préalablement engagées
- réassurance du professionnel dans son intervention
- désamorçage d'éventuelles tensions
- meilleure coordination dans les situations complexes et multi partenariales
- prévention "désaliénante"
- facilitation et dédramatisation de l'accès aux soins psychiatriques

Limites dans les institutions :

- réactivité lente du fait du rythme bimestriel
- diffusion assez confidentielle de l'instance
- sous utilisation, possiblement liée au fait que l'instance n'apporte pas forcément de solutions, mais surtout des réponses et des questionnements différents
- acquisition de connaissances et de savoirs essentiellement par les professionnels présentant régulièrement des situations

Contacts :

LEVOYER David – psychiatre au CHGR à Rennes – réseau LAMPADAIRE Rennes
d.levoyer@ch-guillaumeregnier.fr

ANNEIX Marie Christine - cadre de santé CMP St. Exupéry – CHGR - réseau LAMPADAIRE

BOSSET Catherine – responsable action sociale Laval sud est – réseau A.P.A.R.T.V.
Catherine.bosset@cg53.fr

LA PRÉCARITÉ AU SEIN DE TERRITOIRES DIVERSIFIÉS : QUELS PARTENARIATS ?

COMPTE RENDU DE L'ATELIER 3 : en milieu urbain

Questions posées :

- comment les dispositifs ont-ils contribué à améliorer la coordination dans les situations complexes et multipartenariales ?
- en quoi le travail en réseau interroge-t-il les pratiques ?
- comment pérenniser le travail en réseau ?

Ces deux témoignages de création d'instance d'échanges ont en commun :

- l'objectif qui reste d'obtenir "un mieux" pour l'utilisateur
- de s'appuyer sur des quartiers sensibles qui ont mis en place des espaces partagés (Maison des services publics à Laval, espace social commun à Rennes), organisation qui facilite déjà le partenariat même si condition insuffisante
- le rythme : une fois tous les 2 mois
- la précision par une charte des engagements mutuels
- un objectif de prévention : si on n'évite pas toujours les crises, on améliore certainement l'après...
- de s'adapter à la configuration du partenariat pour une créativité renouvelée
- la plus value de ces démarches : au delà de la concertation partagée (connaissance partagée des institutions permettant de dépasser les fantasmes des uns et des autres, la rencontre des professionnels permet un apprentissage commun) il y a une efficacité indirecte due à l'élaboration collective qui fait baisser l'anxiété des professionnels et les résistances de chacun. Et éventuellement, un effet « boule de neige » pour des situations analogues.

Permet de penser collectivement l'impensable. On cherche toujours à calculer le coût de ce qui se fait, mais il faudrait évaluer aussi l'aspect préventif, à savoir les économies réalisées par les situations qui ne vont pas "criser". Par contre, la place de l'utilisateur varie : pour Laval, il est informé qu'il est l'objet de ce type de travail en commun, alors qu'à Lampadaire il n'est pas informé. Un débat sur les raisons de ces choix a eu lieu.

Les échanges ont porté sur les aspects suivants :

Travailler ensemble présuppose :

- de définir ses compétences, ses limites et l'entre institution et en l'occurrence de préciser le lien entre santé, social et psychiatrie par une connaissance et formelle et pratique
- que la démarche soit légitimée par l'ensemble des institutions concernées, afin qu'elle devienne pérenne au delà des personnes engagées à un moment T
- que chacun se sente concerné par l'engagement sur un territoire (quartier ou commune rurale) car chacun intervient à un moment ou à un autre de la vie des citoyens
- un réseau doit rester vivant et nécessite en simultané l'engagement des institutions et des professionnels. L'intérêt d'une convention (protection des professionnels, mais aussi parfois coquille vide). Le terme de partenariat de territoire est préféré à celui de réseau qui est un potentiel, mais peut aussi ne pas fonctionner

- chaque institution fait un pas vers l'autre. La psychiatrie évolue et sort progressivement de sa toute puissance, et rappelons que le social est aussi au cœur de la psychiatrie

A l'inverse, il ne faut pas que les travailleurs sociaux attendent une psychiatrie magique, ne pas psychiatriser tous « les bobos de l'âme ». Certains symptômes s'originent dans le fonctionnement flou des institutions ou sont majorés par le non dit ou l'absence de relais.

Il y a une tradition d'interpellation à sens unique : les travailleurs sociaux envers la psychiatrie, mais pas à l'inverse.

Ce type de partenariat permet de garder de la différence, mais enrichit les pratiques

Les limites :

- craintes d'être instrumentalisé par les ou l'institution
- le turn-over des professionnels oblige la répétition des modes opératoires avec des personnes qui n'ont pas été à l'origine de cette construction collective, sentiment d'épuisement possible.
- la limite du volontariat : souvent les mêmes professionnels prennent le risque de ce type d'échange, d'autres jamais
- il ne résulte pas toujours loin s'en faut des recettes, parfois juste des questions nouvelles, ou des préconisations à valider ultérieurement, ce qui peut décevoir ou démobiliser certaines personnes
- pour la psychiatrie une des limites : les professionnels sont à la fois juges (expertise) et partie (en charge à un moment ou à un autre de la personne concernée ou son environnement)
- développer le lien avec les professionnels libéraux, intervenants sanitaires du quartier (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers,) et également le réseau d'aide à domicile.
- pas de publicité réelle pour ces dispositifs car il y a une peur partagée d'être envahi par les demandes, or en réalité ces appréhensions ne sont pas vérifiées.

Les coûts de tels dispositifs :

Il peut sembler avoir un coût en terme de temps, mais cela ne se vérifie pas avec du recul car les limites de chacun reculent, les saturations diminuent, donc on peut alors parler de gain de temps.

Pas d'apport financier nécessaire : réticence même car amènerait un formatage (quantité et évaluation contraignante).

Contacts :

LEVOYER David – psychiatre au CHGR à Rennes – réseau LAMPADAIRE Rennes
d.levoyer@ch-guillaumeregner.fr

ANNEIX Marie Christine - cadre de santé CMP St. Exupéry – CHGR - réseau LAMPADAIRE

BOSSET Catherine – responsable action sociale Laval sud est – réseau A.P.A.R.T.V.
Catherine.bosset@cg53.fr

Animateur :

TYRANT Françoise - DGSS Ville de Rennes
ftyrant@ccasrennes.fr

Rapporteur :

Dr LESTREZ Laurent - CH Caudan
laurent.lestrez@ch-charcot56.fr

**LA PRÉCARITÉ AU SEIN DE TERRITOIRES DIVERSIFIÉS :
QUELS PARTENARIATS ?**

**ATELIER 4 : en milieu rural
Témoïn : le projet CUBE**

Le dispositif partenarial à Mayenne (53)

CUBE "choisir de s'unir pour Brossolette (nom du quartier) ensemble", est le rassemblement d'habitants du quartier et de professionnels sociaux et médico-sociaux y intervenant.

Ce collectif œuvre pour l'amélioration des conditions de vie des habitants et pour leur mieux être, partant des préoccupations de ces populations, les professionnels les aident à s'organiser et à trouver les réponses aux situations présentes.

Les habitants auteurs et acteurs, tels sont les principes. Cette démarche optimise l'accès aux services de recours sur le quartier, facilite l'accès aux soins, mais a permis aussi de construire une commission des habitants qui a fait émerger différentes problématiques qui ont trouvé des solutions : nomination des bâtis, réalisation de plaques d'information, de panneaux, etc....

Une pause café où les infirmières en santé mentale sont invitées tous les jeudis après midi permet d'ouvrir un temps de rencontre convivial à tous les habitants ; le bouche à oreille fonctionne bien, les nouveaux (quelque soit leur origine sociale et culturelle) y passent.

Cependant se pose aujourd'hui le problème du partenariat avec des changements d'acteurs (animateur de la maison de quartier, assistante sociale) qui provoque une méconnaissance de la santé communautaire et une difficulté à travailler en lien avec la demande des habitants et une co-construction, aussi une co-évaluation entre professionnels et habitants...

Contacts :

PALIES Marie-Christine, cadre de santé au Centre Hospitalier du Nord Mayenne
mpalies@ch-mayenne.fr

MAHUAS Mireille, cadre socio-éducatif CH Nord Mayenne

**LA PRÉCARITÉ AU SEIN DE TERRITOIRES DIVERSIFIÉS :
QUELS PARTENARIATS ?**

ATELIER 4 : en milieu rural

Témoignage : expérience multipartenariale sur le Bassin de Pontivy

Pour mettre en valeur et insister sur la réelle coopération des différents acteurs, il nous semble opportun de partager le temps imparti en 4 séquences reflétant la volonté de construire des projets en commun, dans un esprit de décloisonnement sanitaire et social.

Maire adjointe aux Affaires Sociales, ville de Pontivy :
problématiques sur la Ville de Pontivy : « Désœuvrement, Isolement, Hébergement pour un public fragile en situation précaire »

Assistante sociale Santé mentale Secteur 56 G09 :
«histoire de projets, de territoires et de partenaires»

Responsable Centre Médico-Social, Conseil Général du Morbihan :
«comment le Social et le Sanitaire, ici la santé mentale, se rejoignent à travers un projet »

Directeur de L'UDAF 56 :
difficultés d'hébergement pour un public en situation de précarité et en souffrance psychique : « Stratégie financière et investissements : des créations de place nette ou transformation de places existantes »

Les points soulevés pouvant alimenter le débat :

- conventionnement, coordination, décentralisation des financements
- investissement, création de places et pluri annualité des budgets
- représentations : mixité des publics, mais un travail sur les représentations des uns et des autres est à mettre en œuvre

Contacts :

KERZERHO Simon – directeur de l'UDAF 56
simon.kerzerho@udaf56.asso.fr

DAMON Martine – Cadre socio-éducatif, hôpital Plouguernevel (AHB) Bassin de Pontivy
m.damon@ahbretagne.com

TRENVOUEZ Marie Hélène – maire adjoint Ville de Pontivy

COUZIC Christian – responsable hôpital de jour de Pontivy – Plouguernevel

MARTIN Isabelle – assistante sociale Conseil Général 56

LA PRÉCARITÉ AU SEIN DE TERRITOIRES DIVERSIFIÉS : QUELS PARTENARIATS ?

COMPTE RENDU DE L'ATELIER 4 : en milieu rural

Questions posées :

- comment travailler ensemble entre partenaires différents autour d'une approche globale du sujet (notamment sur les questions d'hébergement, d'activités et de mobilité) ?
- comment faire vivre un projet sur le long terme avec l'ensemble des acteurs (quelles conditions de pérennisation) ?
- quelles sont les conditions de reproductibilité d'un tel projet ?

La circulaire du 2 août 2001 santé mentale / précarité :

- constats et limites
- organisation de réponses :
 - décloisonnement : partenariats locaux (santé mentale/secteur social)
 - formations
 - diversification des réponses
- mise en route d'actions innovantes et de coopération

Le plan psychiatrie santé mentale 2005-2008 : pratiques inter partenariales adaptées aux personnes en situation de précarité.

Échanges autour de la plénière de la matinée :

- interrogations des familles, des intervenants, sur les conduites à adopter (écoute, regard)
- doutes : solitude, recherche d'explications, comment venir en aide ?
- nécessité d'évaluation, de repérage
- besoin de temps
- difficultés : réseaux multiples, désespérance
- mais appui sur le savoir-faire, le savoir dire, le savoir des usagers

Pilotage, coordination, amélioration de l'amont et de l'aval.

Présentation d'expériences :

- projet CUBE ("choisir de s'unir pour Brossolette") sur un quartier de Mayenne (53)
- partenariat Ville- hôpital de jour- UDAF- centre médico-social (Conseil Général 56) sur le bassin de Pontivy (56)

I - Comment travailler ensemble entre partenaires différents autour d'une approche globale du sujet (notamment sur les questions d'hébergement, d'activités et de mobilité) ?

- bien identifier un besoin, une problématique-support, un territoire, éventuellement un espace spécifique, et des intervenants
- connaître les rôles et compétences de chacun (missions, représentations, identités professionnelles fortes), apprendre à se reconnaître, se respecter
- disposer de temps (les temps des uns et des autres sont différents)
- bénéficier d'un soutien institutionnel
- aller "vers" et aller "avec"

Nécessité d'un document de référence (pour traduire la volonté de travailler ensemble, la confiance mutuelle) : charte ou convention ? association ? espace ?

II - Comment faire vivre un projet sur le long terme avec l'ensemble des acteurs (quelles conditions de pérennisation) ?

- évaluer, passer des relais, servir et relayer
- communiquer : transmettre le savoir du groupe à tout acteur nouveau
- chacun est expert, à sa place (place de la parole des habitants), chaque expertise à sa valeur sans hiérarchie entre elles
- bénéficier d'un soutien institutionnel

Contractualisation (convention ?)

III - Quelles sont les conditions de reproductibilité d'un tel projet ?

- faut-il forcément reproduire ?
- méthodologie rigoureuse, état des lieux partagé, repérage des acteurs
- échanges de pratiques (actions concrètes, de proximité, évaluées)

Contacts du dispositif partenarial à Mayenne (53) :

PALIES Marie-Christine, cadre de santé au Centre Hospitalier du Nord Mayenne
mpalies@ch-mayenne.fr

MAHUAS Mireille, cadre socio-éducatif CH Nord Mayenne

Contacts de l'expérience multipartenariale sur le Bassin de Pontivy :

KERZERHO Simon – directeur de l'UDAF 56
simon.kerzerho@udaf56.asso.fr

DAMON Martine – Cadre socio-éducatif, hôpital Plouguernevel (AHB) Bassin de Pontivy
m.damon@ahbretagne.com

TRENVOUEZ Marie Hélène – maire adjoint Ville de Pontivy

COUZIC Christian – responsable hôpital de jour de Pontivy – Plouguernevel

MARTIN Isabelle – assistante sociale CG 56

Animateur :

GOHIN-PERIO Bénédicte, DDASS 72
benedicte.gohin-perio@sante.gouv.fr

Rapporteur :

LEVENT François, DRASS Pays de Loire
francois.levent@sante.gouv.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

ATELIER N° 5 : aller au-devant des enfants et des adolescents

Témoignage : l'équipe mobile de pédopsychiatrie à Bain de Bretagne en Ille et Vilaine

**L'équipe mobile ou comment dépasser la non-demande
chez des adolescents en difficulté**

L'équipe mobile pour adolescents créée en Décembre 2005, à partir du Service Hospitalo-universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Université de Rennes et Centre Hospitalier Guillaume Régnier), est une équipe pluri professionnelle de 3 internes en psychiatrie et 12 personnes permanentes (deux pédopsychiatres, deux psychologues cliniciens, un assistant de recherche en thèse de Psychologie Sociale et de l'Environnement, un cadre de santé, deux infirmiers, une cadre socio-éducative, une éducatrice spécialisée, une secrétaire médicale, et une psychanalyste) qui travaillent dans une dynamique médico-psycho-socio-éducative.

L'équipe mobile intervient là où se trouve le jeune (c'est-à-dire à l'école ou à la maison, mais aussi de plus en plus souvent au cabinet du médecin généraliste) et se déplace en binôme avec un camping-car aménagé en bureau mobile. Ce sont les partenaires du réseau (actuellement surtout les collèges et les lycées) qui alertent et sont demandeurs.

La plupart des jeunes rencontrés n'ont pas en effet de demande explicite. Ils sont dans une non-demande, réelle ou apparente, soit parce qu'ils ne peuvent élaborer une demande (ils sont en deçà de ce stade du fait d'une trop grande détresse ou d'une difficulté à pouvoir mentaliser), soit parce qu'ils ne parviennent à l'exprimer ou ne savent pas où la déposer, soit encore parce qu'ils n'arrivent pas à s'inscrire dans une continuité du suivi thérapeutique.

Les deux types d'indication les plus fréquents sont la dépression et les conduites d'agression verbales ou physiques, avec principalement deux missions qui en découlent, une mission de prévention (prévention des tentatives de suicide, prévention de la violence et de la délinquance) et une mission d'accès aux soins.

Contacts :

Équipe mobile Bain de Bretagne du Centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes :

TORDJMAN Sylvie, Professeur en Pédopsychiatrie, Chef de service
s.tordjman@ch-guillaumeregnyer.fr

WISS Mathias, Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier
m.wiss@ch-guillaumeregnyer.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

**ATELIER 5 : aller au-devant des enfants et des adolescents
Témoïn : coordination des infirmières scolaires de l'Académie de Nantes**

Les services infirmiers et sociaux de l'Éducation nationale sont mobilisés sur le champ de la Protection de l'Enfance, l'accompagnement des jeunes en difficulté, la mise en place et l'animation d'actions de prévention (conduites addictives, mal-être des adolescents, citoyenneté, respect du corps et de la personne...)

Le développement de notre intervention prend appui sur le propos du Dr Jean FURTOS : « la dissociation du soigner et du prendre soin justifie pour l'essentiel le travail en réseau ».

Sur un territoire particulièrement défavorisé, un réseau s'est constitué à partir des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté pour travailler plus spécifiquement sur la problématique des "troubles du comportement" avec le Centre Médico Psychologique, les pédopsychiatres, les personnels de psychiatrie adulte et enfants, les Conseillers Principaux d'Éducation, les assistants sociaux scolaires et les infirmiers de l'Éducation Nationale de 5 établissements scolaires publics et privés du secteur.

L'objectif de ce réseau appelé « aide aux aidants » est de fonctionner à deux niveaux :

- prévention
- aide aux aidants

Grâce à ces modalités de travail, les équipes des établissements scolaires ont pris conscience et confiance dans leur propre potentiel à gérer des situations déconcertantes.

Contacts :

L'HENORET Claudine, conseillère technique infirmière, responsable du service infirmier de l'Éducation Nationale
claudine.l-henoret@ac-nantes.fr

MICHAUD Marie Claude, conseillère technique de service social auprès de l'inspecteur d'Académie de Loire Atlantique
marie-claude.michaud@ac-nantes.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

COMTE RENDU DE L'ATELIER 5 : aller au-devant des enfants et des adolescents

Questions posées :

- en quoi la coordination des différents professionnels améliore-t-elle la prise en charge d'un enfant en difficulté ?
- comment travailler dans la durée ?
- comment favoriser la reproductibilité ou le développement des dispositifs mobiles ?

I - En quoi la coordination des différents professionnels améliore-t-elle la prise en charge d'un enfant en difficulté ?

L'approche globale et pluridisciplinaire permet :

- de s'interroger sur ses représentations
- le développement de cultures professionnelles communes
- de mieux cibler les difficultés par des regards croisés
- d'instaurer un climat de confiance
- redynamisation/mobilisation

Les jeunes et les familles peuvent jouer un rôle actif dans la coordination

Les partenariats reposent souvent plus sur les personnes que sur les organisations institutionnelles

La coordination ne suffit pas. Importance de la communication et de ses supports par missions, pratiques professionnelles, cultures...

Principe de respect des fonctions/rôle : reconnaître ses limites professionnelles et celles des autres

Importance de coordonner les acteurs de la prévention et du soin. Volonté d'intervenir le plus en amont possible pour anticiper l'aggravation des situations et éviter la médicalisation systématique

Remobilisation des compétences et savoirs faire chez :

- les professionnels
- les familles
- les jeunes eux-mêmes

II - Comment travailler dans la durée ?

Mise en place de professionnels relais (personnes ressources, médiateurs) garant de la continuité dans la prise en charge avec retour vers les autres acteurs

Les moyens d'une prise en charge dans la durée :

- financements pérennes
- supervision
- analyse et échange de pratiques

Qui décide de la durée (professionnel, jeune, la famille) et pourquoi (droit à l'échec, place du soin dans le parcours...)

Le travail dans la durée nécessaire pour :

- s'interroger sur ses représentations
- connaître ses partenaires
- formaliser une culture commune
- se mobiliser
- faciliter les retours d'information

III - Comment favoriser la reproductibilité ou le développement des dispositifs mobiles ?

Méfiance dans la reproduction des modèles ; nécessité d'adapter les réponses en fonction des particularités locales.

Les dispositifs mobiles sont un outil parmi d'autres.

Multiplication des équipes mobiles destinées à des publics particuliers (adolescents, toxicomanes, prostituées...) ou des prises en charge thématiques (SAMU social, équipe mobile psychiatrique...) : quelle articulation entre ces équipes ?

La mobilité physique des professionnels incite à la mobilité psychique des jeunes et de leurs familles dans le processus de prise en charge

Quel territoire d'intervention des équipes mobiles ?

Les spécificités du milieu rural sont à prendre en compte.

L'équipe mobile peut apporter pour les jeunes et leurs familles une idée de modélisation et de représentations des liens ; importance alors que l'on se trouve très souvent dans une pathologie du lien (social, familial...).

Contacts de la coordination des infirmières scolaires de l'Académie de Nantes :

L'HENORET Claudine, conseillère technique infirmière, responsable du service infirmier de l'Éducation Nationale - claudine.l-henoret@ac-nantes.fr

MICHAUD Marie Claude, conseillère technique de service social auprès de l'inspecteur d'Académie de Loire Atlantique - marie-claude.michaud@ac-nantes.fr

Contacts de l'équipe mobile de pédopsychiatrie à Bain de Bretagne :

TORDJMAN Sylvie, Professeur en Pédopsychiatrie, Chef de service - s.tordjman@ch-quillaumeregnier.fr

WISS Mathias, Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier
m.wiss@ch-quillaumeregnier.fr

Animateur :

LE GOAS Annie, DDASS 22
annie.legoas@sante.gouv.fr

Rapporteur :

LEHMANN Olivier, DDASS 72
olivier.lehmann@sante.gouv.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

**ATELIER 6 : l'entraide mutuelle
Témoïn : collectif des Groupes d'Entraide Mutuelle GEM Ouest**

Quel avenir pour les Groupes d'Entraide Mutuelle ?

L'argument : les Groupes d'Entraide Mutuelles (GEM) se veulent être de nouveaux espaces de vie sociale et citoyenne installés dans un contexte le plus banalisé, le plus ordinaire possible, dont chaque membre peut s'emparer pour le faire vivre.

Cependant, nul ne peut prévoir aujourd'hui leur évolution, ni la place qu'ils pourraient prendre dans le paysage de la santé mentale. Les rares analyses qui ont été faites sur leurs ancêtres (« Club des peupliers » de Paris, Club « Ose » de Vénissieux, « Bon pied bon œil » de Toulouse, ou « l'Autre regard » de Rennes, par exemple), correspondaient à une situation certes de volonté d'innovation, mais également de discrétion, voir de semi clandestinité. D'à peine trente structures de ce type isolées et inégalement réparties sur le territoire français, nous sommes passés en quelques mois à près de 300 GEM qui veulent s'afficher au grand jour.

L'impact sociologique sur la compréhension et l'acceptation du handicap psychique dans la cité pourrait être considérable, si nous savons cerner quels sont les enjeux et les risques d'un tel développement des GEM et si nous adoptons à leur égard une attitude de curiosité attentive à ce qu'ils peuvent nous révéler d'innovant.

Les enjeux ?

Vis-à-vis des personnes adhérentes :

- un espace nouveau,
- des activités, sollicitant le sujet acteur,
- une évolution de leur situation.

Vis-à-vis des institutions, des pouvoirs :

- déspecialisation des intervenants en santé mentale et nouveaux modes d'intervention,
- nouveaux regards sur l'action sociale, sur le soin.

Vis-à-vis de la société dans son ensemble :

- retour en société,
- émergence d'interlocuteurs de proximité.

Les risques, les pièges ?

Quid de la valeur projet une fois le GEM mis en place ? Rien de neuf sous le soleil : 30 ans après la sectorisation, les GEM. Renforcement des stigmatisations. Dépossession du projet.

La question de fond : depuis un demi-siècle, nous faisons porter sur la seule personne souffrant de troubles psychiques, le poids et l'effort de son retour en société. Les Groupes d'Entraide Mutuelle seront-ils capables de renverser cet état de fait en sollicitant cette fois un mouvement de la société pour s'engager avec ces personnes dans la découverte de nouvelles voies d'un mieux vivre ensemble ?

Contacts :

MENER Jean-Yves, délégué régional UNAFAM Bretagne
bretagne@unafam.org

BESTIN Daniel, FNAPSY Bretagne
catbest@club-internet.fr

LAUNAT Dominique, FASM Croix Marine
d.launat@ch-guillaumeregner.fr

CHEVALIER Jean-Luc, FASM Croix Marine
jl.chevalier@ch-guillaumeregner.fr

LE BRECH Marie, Association l'Autre Regard
lautre.regard@laposte.net

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

COMPTE RENDU DE L'ATELIER 6 : l'entraide mutuelle

Questions posées :

- en quoi les Groupes d'entraide mutuelle participent-ils de la déstigmatisation de la maladie mentale ?
- comment évaluer l'appropriation du dispositif par les usagers ?
- comment valoriser l'expérience des GEM et structurer la coordination ?

I - En quoi les Groupes d'entraide mutuelle participent-ils de la déstigmatisation de la maladie mentale ?

Existence d'un lieu spécifique intermédiaire avec les autres lieux d'accueil
Potentialités (savoir faire/compétence) de la personne et non ses difficultés
Reconnaissance du handicap psychique (loi 2005)
Collectif d'usagers
Liens
Absence de soignant/pas de famille
Responsabilisation/autonomie/espace
Rassurer
Les personnes forment l'institution
Accueil dans la cité/lutte contre l'isolement
L'entraide/échange
Usagers (familles/patients/soignants)
Variabilité des situations
Modification de la représentation sociale de la maladie psychique
Favorise le lien social / ouverture sur la cité/ intégration sociale
Considération de la personne.

II - Comment évaluer l'appropriation du dispositif par les usagers ?

Signes / moyens :

Être acteur
Transmission du cadre de vie en collectif
Décision collective/modalités de prise de décision/place de l'utilisateur
Responsabilisation /autonomie /espace
Choix/prise de parole
Espaces libres
Problèmes / limites de l'investissement associatif

III - Comment valoriser l'expérience des GEM et structurer la coordination ?

Retour d'expérience récent (18 mois)
Équilibre au sein du GEM (notion de pouvoir)
Rôle du parrain
Liens entre familles / professionnels
Se rencontrer entre GEM/réseaux locaux pour échanger (département/région/national) / fédérations et associations nationales / « collectif GEM ouest ».
Continuité avec les soins
Éthique
Complémentarité avec les autres acteurs.

Obstacles :

Avoir l'information usagers/professionnels
Financements
Légitimité au regard du peu d'expérience
Appropriation du projet par les usagers
Banalisation/ perte d'identité/ dérives par rapport au cahier des charges.

Contacts du collectif des Groupes d'Entraide Mutuelle GEM Ouest :

MENER Jean-Yves, délégué régional UNAFAM Bretagne
bretagne@unafam.org

BESTIN Daniel, FNAPSY Bretagne
catbest@club-internet.fr

LAUNAT Dominique, FASM Croix Marine
d.launat@ch-guillaumeregnyier.fr

CHEVALIER Jean-Luc, FASM Croix Marine
jl.chevalier@ch-guillaumeregnyier.fr

LE BRECH Marie, Association l'Autre Regard
lautre.regard@laposte.net

Animateur :

RHENTER Pauline, ex-chargée de Mission ESPT
paulinerhenter@yahoo.fr

Rapporteur :

BUZZI Christophe, DDASS Côtes d'Armor
christophe.buzzi@sante.gouv.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

**ATELIER 7 : logement adapté, habitat et lien social
Témoignage : appartements thérapeutiques et baux glissants à Brest**

La souffrance psychique peut être telle qu'elle engendre de grandes difficultés à maintenir une activité professionnelle parfois, des relations amicales et familiales, voire des relations sociales. De fait, le patient peut se retrouver en situation d'exclusion, à des degrés divers, et son état demande un accompagnement thérapeutique suffisamment contenant pour pouvoir retrouver la capacité à retrouver le lien social. Les appartements thérapeutiques sont parfois utilisables et utiles en pareille occurrence.

Le processus de baux glissants permet d'accompagner un patient dans son accession à un logement et de l'aider dans l'apprentissage des contraintes liées à l'état de locataire.

Au terme de deux ans d'activité, le bilan est le suivant :

- 26 patients qui ont été accueillis dans l'un des deux appartements et cinq d'entre eux sont encore présents,
- le ratio par genre est de 16 hommes pour 10 femmes,
- neuf patients ont été ré hospitalisés, certains parce qu'ils présentent une pathologie trop lourde pour pouvoir s'adapter à ce type de structure, d'autres (au moins la moitié d'entre eux) n'ayant pas respecté le contrat signé au départ et en particulier certains points du règlement intérieur qui interdit la consommation d'alcool et de toxique,
- un patient a été admis en famille d'accueil,
- sept ont été installés dans un appartement avec l'aide de l'équipe des appartements thérapeutiques,
- deux patients ont réintégré leur précédent logement qu'ils pouvaient réinvestir dès la sortie du service d'hospitalisation, faute d'autonomie suffisante.

Il faut aussi dire que plusieurs patients, onze au total, bénéficient de soins en hôpital de jour et d'autres de suivi de secteur.

Contacts :

Docteur COZIC Jean-Yves, Médecin psychiatre au CHU Brest
jean-yves.cozic@chu-brest.fr

POT Jean-Jacques, Directeur gérance Brest Métropole Habitat
jjpot@brestmetropole-habitat.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

ATELIER 7 : logement adapté, habitat et lien social

Témoignage : aide à domicile à caractère social par l'association ATLAS d'Angers

ATLAS est une association d'insertion sociale créée en 1992 par un collectif de travailleurs sociaux, de personnels de santé et d'animateurs sociaux.

La première action d'ATLAS a été et est toujours de proposer à des personnes en situation d'isolement social des activités collectives ainsi qu'un suivi individualisé. Ces activités collectives sont programmées mensuellement à raison de 5 à 6 activités par semaine le soir, le dimanche et parfois dans la journée. Ces créneaux horaires permettent à un public divers de participer à ces activités et n'excluent pas les personnes ayant une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel.

Les activités sont variées : soirée jeux et repas, sortie cinéma, sortie théâtre, réalisation d'un journal, randonnée, visite de châteaux etc... Les activités de journée sont le plus souvent consacrées à l'élaboration de projets et à la réalisation d'actions diverses (fabrication et vente de jus de pomme, réalisation d'un journal, organisation d'un loto, etc...).

En 1998, l'association a développé une nouvelle action en souhaitant faire un travail plus en amont. Il n'était pas rare d'entendre de la part de certains participants la difficulté qu'ils avaient eu à franchir la porte de l'association. L'idée a émergé de rencontrer les personnes à leur domicile et de créer ainsi petit à petit une relation de confiance permettant à plus ou moins long terme de sauter le pas de la première venue sur une activité. Ces visites à domicile appelées dans un premier temps visites de courtoisie, ont permis de mieux se rendre compte des difficultés des personnes isolées. Un grand nombre de personnes rencontraient d'importantes difficultés par rapport à l'entretien de leur logement. Ces difficultés renforçant leur situation d'isolement car ces personnes n'osent plus ouvrir la porte de leur logement.

Petit à petit, cette action a pris de l'ampleur et aujourd'hui deux éducateurs spécialisés à ¾ temps et une conseillère en économie sociale et familiale à mi-temps réalisent des accompagnements sociaux au domicile des personnes.

Ces personnes sont orientées par l'intermédiaire d'un réseau de partenaires.

Le contenu de ces accompagnements :

la première finalité de ces accompagnements est de favoriser la création de lien social. Le travailleur social propose à chaque personne un temps d'écoute permettant de pouvoir appréhender au mieux la situation et les difficultés rencontrées. Après analyse de la situation, un projet est défini avec la personne et des objectifs sont posés. Ces objectifs peuvent être très limités et peuvent paraître minuscules.

Cependant, ils doivent être réalisables et adaptés aux capacités de la personne. Afin de réaliser ces objectifs, nous proposons si nécessaire l'intervention de notre conseillère (objectifs relatifs aux problèmes d'hygiène). Ces objectifs sont divers : remise en lien avec les bailleurs, avec les services de santé, avec les administrations, etc... Une attention toute particulière est aussi apportée à l'intégration de la personne dans son quartier et à la capacité qu'elle a de s'approprier les différents lieux et services proposés.

Il y a donc une volonté d'accompagner la personne afin qu'elle investisse son logement, son quartier, sa ville.

Financement de l'action : ces accompagnements sont financés principalement par le FSL dans le cadre du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées. Les commissions sociales locales attribuent ces accompagnements en fonction des problèmes repérés. La demande émane soit d'un travailleurs social d'ATLAS soit d'un travailleur social extérieur à l'association (assistante sociale de secteur, travailleur social d'autres associations). L'accompagnement est alors contractualisé avec la personne pour une durée de 6 mois renouvelable plusieurs fois.

Avant cette contractualisation nous avons quand même la possibilité d'intervenir auprès des personnes repérées. Notre intervention est alors financée par le Conseil Général de Maine et Loire sur les fonds RMI, par la Mairie d'Angers (Service Santé Publique) et en 2006 par le programme régional de santé publique.

Contacts :

DOISNEAU Mickaël - association Accueil Temps Libre Animation Sociale (ATLAS)
21, rue Paul Valéry 49100 Angers
atlas.asso@wanadoo.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

**ATELIER 7 : logement adapté, habitat et lien social
Témoignage : Association Logement et Familles en Difficulté (ALFADI)**

Le service accompagnement social lié au logement a pour mission de favoriser l'accès et le maintien dans le logement de ménages en grandes difficultés.

Constat fait depuis de nombreuses années au sein du service :

- une majorité de familles accompagnées présentent une problématique de santé (de l'ordre du somatique et/ du psychique)
- importance croissante de situations ou ménages en difficulté où la problématique sociale est articulée ou déterminée par une dimension psychique ou psychologique
- difficultés pour ces personnes à aller vers le soin

C'est au travers de l'accompagnement que nous ont été révélés des troubles latents pouvant se décompenser. La souffrance psychique en lien avec la précarité et l'exclusion s'exprime dans l'espace du travail social. Force est de constater qu'aujourd'hui, le travailleur social y occupe une place essentielle et doit s'ouvrir à de nouvelles pratiques de prise en charge.

C'est à travers la relation établie, qui demande du temps et de la persévérance avec ce public en rupture ou en rejet avec le travail social classique, que peut se travailler l'axe santé et la reconstruction du lien social.

Ces réflexions menées depuis 10 ans au sein de l'association nous ont amenés à créer puis à développer (car il est en perpétuel questionnement) un outil-support « Ma forme et Ma Santé, parlons-en... », sorte de guide d'entretien sous forme d'auto-questionnement pour aborder avec les ménages les questions de santé, du « souci de soi » et du « prendre soin ».

Une autre réflexion, à propos de la recherche de solutions adaptées aux besoins de ce public fragilisé, isolé, en rupture de lien social, en mal-être ...a trouvé réponse (depuis 2002) dans une solution alternative dans un ensemble de logements « Docteur Roux » (8 logements loués par A.L.F.A.D.I, situés au rez-de-chaussée d'un même immeuble, entièrement équipés cuisine/sanitaires, dont un est utilisé comme espace commun, lieu convivial et de rencontre où une fois par semaine, un travailleur social anime un temps de rencontre).

Contacts :

SNOECK Nathalie, ALFADI (Association Logement et Familles en Difficulté)
151 bd Jacques Cartier 35000 RENNES
snoeck.alfadi@laposte.net - asso.alfadi@wanadoo.fr

**VERS UNE APPROCHE GLOBALE
DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE**

COMPTE RENDU DE L'ATELIER 7

Questions posées :

- comment communiquer sur les différents dispositifs en associant les usagers ?
- comment faire du lien avec les professionnels de santé ?
- quelle temporalité et quelle évolution dans la durée, face à la chronicité des situations ?

I – Comment communiquer sur les différents dispositifs en associant les usagers ?

- clarifier et rendre lisibles les dispositifs pour les différents intervenants
- élaboration d'un guide au niveau régional sur les dispositifs
- avoir le même langage (lexique). Faire des plaquettes d'information. Faire des réunions d'information
- brochure commune avec tous les acteurs de terrain (associations, professionnels de santé, travailleurs sociaux, bailleurs, CCAS ...)
- créer des interfaces entre les professionnels
- développer le partenariat polyprofessionnel
- actions de technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) et d'assistante sociale (AS) à l'hôpital de jour pour adultes de Pontivy : mise à disposition d'un guide sur les organismes, atelier "sociothérapie" abordant entre autres le logement dans sa globalité
- ateliers logement en partenariat avec les offices par quartier : occupation et recherche de logement
- quand l'objet de discussion concerne l'utilisateur, celui-ci voit s'il peut être présent ; sinon lui demander son accord avant la réunion et si possible obtenir son avis
- s'il s'agit d'un sujet général, associer les associations d'utilisateurs
- actions collectives regroupant des personnes ayant les mêmes besoins
- associer l'utilisateur en permettant qu'il formule des solutions, des choix, des souhaits.
- porte d'entrée : les publics
- recensement des dispositifs à partir de leur situation, du statut et du besoin : qui évalue la demande ? qui la traite ? qui l'accompagne ?

II – Comment faire du lien avec les professionnels de santé ?

- par le biais du service social hospitalier quand il existe
- existence des travailleurs sociaux (AS, TISF) dans le cadre des centres médico-psychologiques, centres médico-psychologiques spécialisés...
- par l'intermédiaire des médiateurs de santé (mairie d'Angers, CPAM de Brest)
- personnes référentes dans les services
- accompagnement physique des personnes vers les professionnels de santé
- avoir une personne ressource légitime qui fait le lien entre le médical et le social
- mettre en place un protocole qui détermine le rôle de chacun et fixe les règles de partenariat

- rencontres professionnelles à organiser
- travailler davantage en partenariat sur les situations
- développer la communication entre les personnels soignants entre eux
- convention de partenariat : analyse de la pratique, participation à des groupes de travail (ville-hôpital, associations, ...), concertations, synthèses pluridisciplinaires par l'utilisateur
- mettre en place un réseau entre par exemple office HLM et représentants de centres hospitaliers, régularité des rencontres
- importance de l'implication des directions des principaux établissements concernés
- avoir plus de temps.

III – Quelle temporalité et quelle évolution dans la durée face à la chronicité des situations ?

- aller au rythme de la personne
- prendre la personne dans son individualité et sa globalité
- chronicité ne veut pas dire échec
- l'accompagnement santé nécessite du temps
- mettre de la souplesse dans les mesures d'accompagnement : possibilité de suspendre l'accompagnement en fonction des besoins de la personne
- en fonctionnant par petits objectifs (ne pas mettre la barre trop haut)
- essayer de limiter le nombre d'intervenants simultanés
- essayer de limiter le nombre d'intervenants successifs
- proposer un chaînage de solutions par rapport aux personnes en situation de souffrance.
- nécessité d'une lisibilité sur l'ensemble des dispositifs existants.

Synthèse des réponses :

question 1

- série de propositions tournant autour de guides, de supports écrits à l'échelle du territoire (à préciser)
- idée de réunions associant professionnels sociaux et de santé
- faire travailler ensemble par quartiers les différents acteurs du logement

question 2

- utiliser et potentialiser l'existant, notamment assistante sociale/travailleuse d'intervention sociale
- formaliser à plusieurs niveaux. Développer les conventions de partenariat, instaurer des personnes ressource
- avoir plus de temps

question 3

- nécessité du temps → accompagnement progressif/structuré (organisé sous forme de contrat adapté aux besoins)
- essayer de limiter le nombre d'intervenants et organiser un chaînage de solutions.

Contacts Angers :

DOISNEAU Mickaël - association Accueil Temps Libre Animation Sociale (ATLAS)
21, rue Paul Valéry 49100 Angers - atlas.asso@wanadoo.fr

Contacts Brest :

Docteur COZIC Jean-Yves, Médecin psychiatre au CHU Brest
jean-yves.cozic@chu-brest.fr

POT Jean-Jacques, Directeur gérance Brest Métropole Habitat
jjpot@brestmetropole-habitat.fr

Contacts Rennes :

SNOECK Nathalie, ALFADI (Association Logement et Familles en Difficulté)
151 bd Jacques Cartier 35000 RENNES
snoeck.alfadi@laposte.net - asso.alfadi@wanadoo.fr

Animateur :

GONZE Chantal, DRASS des Pays de Loire
chantal.gonze@sante.gouv.fr

Rapporteur :

VIAROUGE Maïténa, DRASS de Bretagne
maitena.viarouge@sante.gouv.fr

Synthèse des ateliers

Mme Carole Festa⁷

La synthèse va être très difficile tant les ateliers ont été riches et le moment de recueil de vos propositions a été très court. Je vous remercie d'excuser en tout premier lieu le côté imparfait de cette synthèse. Dans les actes de cette journée, vous trouverez l'exhaustivité des interventions et questions posées.

Je voudrais commencer par une impression personnelle et générale. J'ai essayé d'aller dans tous les ateliers et j'étais présente ce matin également. J'ai rencontré et écouté des professionnels très engagés et passionnés par leur travail, et très soucieux d'améliorer leurs actions. Dans ces ateliers, j'ai dégagé trois éléments :

- ces ateliers ont traduit **une très grande diversité des interventions**. Je détaillerai ces éléments dans le premier temps de mon exposé.
- par ailleurs, les politiques publiques et les initiatives locales, qu'elles viennent des élus ou des professionnels ou des associations des usagers, ont conduit ces dernières années à **une plus grande formalisation des dispositifs**. Il me semble que cette formalisation n'a pas été un frein à la créativité des équipes et à leurs capacités d'adaptation et d'évolution. Bien au contraire ! On a insisté à la mise en œuvre d'une volonté forte, de renforcer le travail de chacun plutôt en travaillant ensemble. Ce sera mon deuxième point.
- il m'a semblé que dans beaucoup d'ateliers toutes les actions qui étaient présentées et les questions posées traduisaient **le souci d'améliorer la réponse aux besoins** repérés et aussi de renforcer le souci **d'être en alerte par rapport à ces évolutions et aux situations rencontrées**. J'ai aussi noté le souci constant de pérenniser voire d'aider à la réplique des expériences et à travers ces préoccupations, il n'a pas été rare que la question de l'évaluation des actions soit posée. Ce sera le troisième point que j'évoquerai.

Pour ce qui est de **la diversité des équipes** qui sont intervenues cette après-midi : celle-ci s'est traduite à plusieurs niveaux :

J'ai noté une grande **diversité des appellations**, avec des intitulés plus ou moins explicites ou repérables pour le grand public ou pour les professionnels, les usagers : il y avait des équipes mobiles à Rennes, le réseau souffrance psychique et précarité angevin, l'ATLAS, le réseau Lampadaire, le projet CUBE. Il y a une grande diversité des appellations, et qui traduisent très souvent **une diversité de formes juridiques** que ce soit sous la forme associative de réseaux, d'équipes mobiles ; ces appellations traduisent également la **diversité des rattachements à des institutions** soit hospitalières soit à des collectivités locales. J'ai noté également une grande **diversité dans la composition des équipes**, liée à la **diversité des modalités d'interventions**. Par exemple, pour ATLAS, il y avait principalement un éducateur spécialisé, un conseiller économique et social et familial, les membres d'un réseau dans le bassin de Pontivy. Évidemment les équipes mobiles pour adolescents ou adultes à Rennes sont pluridisciplinaires et plutôt hospitalières. La diversité de la composition de ces équipes traduit une diversité bien plus grande encore des interventions.

⁷ Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Les **modalités d'intervention**, j'ai essayé d'en repérer quelques unes autour de trois niveaux assez classiquement repérés ailleurs dans le territoire français.

Des interventions **au sein d'un réseau** comme la coordination des infirmières scolaires au Mans, que le réseau sur le bassin Pontivy.

Des actions **auprès des professionnels de première ligne**, bien sûr (le réseau Angevin et le réseau Lampadaire). Les professionnels de première ligne, ce sont eux qui, d'une certaine manière, apportent les problèmes, ils apportent aussi les solutions (les travailleurs sociaux, les bailleurs sociaux, le voisinage).

Des interventions également directement **auprès des personnes** qui caractérisent principalement la plupart des équipes mobiles, mais également les GEM sous une forme très spécifique et qui s'inscrivent dans des parcours très différents et très intéressants.

J'ai noté aussi une expérience particulièrement intéressante autour des ménages et leur maintien dans le logement par l'association ALFALDI.

Bien sûr, il y a des actions qui interviennent sur chacun de ces niveaux ; ils ne sont pas exclusifs les uns et les autres. Et particulièrement, j'ai repéré (vous m'excuserez si ce n'est pas le cas) les équipes mobiles, mais aussi CUBE que j'ai entendu être une expérience très intéressante.

Beaucoup d'équipes se posent **la question de l'évolution de leur intervention** souvent en fonction de leur ancienneté ou de la pression de la demande (la demande directe ou indirecte). Une autre diversité m'est apparue : celle des **lieux d'interventions**. Certaines équipes qui sont intervenues cet après-midi interviennent plutôt en milieu rural, d'autres plutôt en milieu urbain. Les équipes qui interviennent en milieu urbain sont plus souvent confrontées aux difficultés de mettre en lien, ou de coordonner des actions de très nombreux acteurs. A l'inverse, les équipes en milieu rural sont confrontées à l'isolement des acteurs et à leur demande d'aide face à l'éparpillement géographique de ses intervenants.

La créativité des équipes a été flagrante et **leurs capacités d'adaptation et d'évolution**, je pense, à la hauteur des enjeux. Le public concerné est très large du fait de l'âge : on a parlé à la fois des enfants, des adolescents, des adultes, des ménages... Chacune des actions concernent des personnes déjà connues des services de soins ou pas, avec ou au sein de logement spécifique (la problématique du logement étant particulièrement forte). Ce qui caractérise l'ensemble de ce public, c'est peut-être que ce sont tous, d'une certaine manière, des nomades du champ social et sanitaire.

La créativité des équipes a été d'autant plus importante que les besoins ont fortement évolué durant ces dernières années, d'une part de l'augmentation de la précarité, et d'autre part du côté sanitaire, un secteur qui est confronté à la nécessité d'améliorer la coordination des prises en charge et des suivis pour les patients dont l'hospitalisation ne représente plus qu'un temps infime dans la prise en charge.

La problématique du logement aussi, en témoigne la très forte participation à l'atelier n°7 est souvent le lieu de convergence des deux champs. Le logement est le lieu du recueil où l'on recueille les besoins, le lieu où le travail d'accroche, de liens, se tisse particulièrement bien.

Le logement, le quartier, l'habitat..., est un lieu où le lien social peut être développé et la réinsertion favorisée.

La préoccupation du bien vivre ensemble dans les **logements collectifs** a aussi, de mon point de vue (ça a été répété à de nombreuses reprises) a permis de mieux repérer en amont les situations difficiles. C'est une évolution qui est vraiment très forte ces dernières années. Chacun des professionnels, du sanitaire et du social, ont manifesté le souci de **favoriser l'accès aux soins ou le maintien du lien**. Mais les réponses des équipes sont très variables et très évolutives. Certaines d'entre elles se préoccupent d'agir auprès des professionnels de première ligne et de favoriser ainsi le repérage des besoins de ces personnes et aussi de les aider.

D'autres équipes ont favorisé l'amélioration du lien entre professionnels qui apportent des réponses, elles ont le souci de mieux mettre en relation les acteurs en constituant des réseaux.

La pérennité de certaines actions a favorisé **l'émergence de nouveaux acteurs** et a amélioré les savoir-faire de certains professionnels. Certaines équipes se sont de fait interrogées sur l'évolution de leurs actions. Par exemple, des équipes qui intervenaient directement auprès des personnes s'interrogent maintenant pour faire évoluer leur dispositif plutôt vers des actions au profit des professionnels qui interviennent en première ligne. Mais également, on a vu une expérience de professionnels qui intervenaient en première ligne et qui réfléchissent à une évolution sous forme de réseaux. Si on parle d'ailleurs des aspects juridiques, j'ai entendu tout à l'heure qu'à partir d'une association, un GEM s'était créé et inversement : qu'un réseau avait été constitué, qu'il s'est transformé en association. On voit qu'il y a quand même une grande diversité des situations.

Il y a un certain nombre de problèmes qui sont posés du fait des **questions de pérennisation des actions engagées**. Toutes les équipes ont exprimé la difficulté et la nécessité de définir le niveau d'engagement mutuel et les besoins réciproques des deux partenaires (sociaux et sanitaires) et leur évolution. Même si beaucoup ont établi des chartes de fonctionnement qui permettent de clarifier cela, il faut les faire vivre ces chartes, les faire évoluer. On voit à travers les questions et les interventions des uns et des autres que l'engagement des uns et des autres, l'évolution de leurs attentes est en perpétuel questionnement au sein de ces dispositifs. Dans un contexte de contraintes budgétaires et d'augmentation exponentielle des besoins, les professionnels sont poussés à s'engager et à se mobiliser, mais la raréfaction des ressources, et la fragilité juridique des dispositifs, les pousse aussi à la prudence. Ça a été dit à de nombreuses reprises, les tutelles⁸ ont un rôle de soutien et de pilotage majeur à ce stade.

J'évoquerai pour terminer le souci d'améliorer les réponses aux besoins repérés, à poser **la question de l'évaluation** pour de nombreuses équipes. Toutes les équipes à peu près ont évoqué cette question complexe, la complexité étant liée au caractère pluridisciplinaire des interventions et à la multiplicité des interventions réalisées. La difficulté est d'autant plus grande que l'évaluation des actions a été très rarement posée comme un préalable à la mise en œuvre de ces projets. Elle est très difficile à mettre en place aujourd'hui. Il y a différents niveaux de réalisation de cette évaluation. Elle peut être faite directement auprès des personnes. Par exemple, je crois que c'est le groupe qui réfléchissait sur les GEM à l'idée de mesurer la manière dont l'appropriation des projets par les usagers du GEM pouvait être évaluée. L'évaluation doit également porter sur les acteurs de première ligne, sous différentes formes (formes d'autoévaluation, d'évaluation extérieure qui ont pu être évoquées et l'évaluation des actions de partenariat au sein d'un réseau). Néanmoins, l'évaluation est indispensable parce qu'elle garantit un meilleur pilotage, une meilleure adaptation, une meilleure évolution ; probablement aussi, elle permet de définir les conditions de duplicabilité des dispositifs. Ces évaluations sont le fait des collectivités locales et des tutelles qui doivent aider à la remise en œuvre et à leur définition, parce que c'est eux qui en garantissent la pérennité.

⁸ Quand je dis les tutelles, ce sont les tutelles, les collectivités locales, et les institutionnels.

L'évaluation des actions est aussi un très bon outil pour mieux communiquer (point évoqué très largement dans l'atelier 7), **mieux formaliser les coopérations** et **elles aident à améliorer la performance et l'engagement de chacun**. Il y a tout intérêt à s'engager dans ce travail même s'il est difficile.

Pour conclure, **la logique de proximité des interventions impose** deux choses apparues nettement cette après-midi :

- d'abord **le développement et la structuration de l'action au niveau du territoire**. On a vu que les contours de celui-ci étaient très divers et il faut qu'il demeure pour répondre au mieux aux besoins de chacun.
- Puis, la proximité impose peut-être **une logique réticulaire, le réseau** qui contribue surtout à assurer le lien entre une très grande diversité de professionnels au profit de personnes qui ont des parcours très variés, et très instables.

J'ai essayé d'aller au plus vite... Je remercie tous les intervenants à ces ateliers, à la fois pour leur intervention de cet après-midi mais aussi pour leurs actions au quotidien que je me permets d'encourager très largement. Je profite de ce temps là pour féliciter les organisateurs de cette journée et tous pour avoir mis en évidence la richesse de la pluralité des intervenants.

Merci.

Perspectives

Dr Pierre Larcher⁹

En 1995, le rapport Lazarus « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » dont Jean Furtos nous a parlé ce matin, a fait l'effet d'une bombe en montrant comment la souffrance mentale était présente et forçait à dépasser de très loin les seules maladies mentales.

Dès les premiers PRAPS, en 2000, il est apparu que la « **santé mentale** » était un **problème** ressenti comme **prioritaire** dans 16 régions sur 23, 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 ». Au point 4.4.1. de ce plan : « **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 aller rencontrer les personnes vulnérables dans les lieux où elles sont ou se rendent spontanément : l'équipe du Centre Guillaume Régnier et celle de Bain-de-Bretagne en sont deux exemples, il y en a maintenant plus de 50,
- **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,
- il était aussi prévu la réalisation et **la diffusion d'une plaquette pédagogique** sur le thème « **Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : le rôle et la place du travailleur social** », qui vient d'être rééditée par le Ministère et peut être demandée à la DICOM. Vous la connaissiez peut-être, vous en avez trouvé de nombreux exemplaires à l'entrée, et j'en ai apporté quelques exemplaires supplémentaires,
- il était également **prévu « la diffusion par l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP-ORSPERE) 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'État, sous la forme d'animation de réunions interrégionales dont la logistique serait assurée par les DRASS et dont nous voyons le second exemple aujourd'hui. Des retards de versement des subventions ont contraint à ne pas pouvoir les démarrer dès 2005, les calendriers ne permettaient pas d'en monter en 2006, les échéances électorales de 2007 s'en sont mêlées et finalement, cette seconde réalisation entre deux régions a pu être montée, sur un thème du plan « Psychiatrie et santé mentale » qui était 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'ENSP sur l'articulation du sanitaire et du social**.

C'est une dynamique qui se met en route et qui ne va pas s'arrêter là : il y a 16 jours, vous avez été précédés par le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie, vous serez suivis en janvier par Rhône-Alpes et l'Auvergne, puis par PACA, Languedoc-Roussillon et Corse et, avant la fin 2008, sera effectuée une synthèse de l'ensemble au cours d'une rencontre nationale.

⁹ Chargé de mission santé/précarité à la Direction Générale de l'Action Sociale.

Ces actions ne resteront pas isolées : les DRASS et DDASS vont prochainement recevoir une nouvelle circulaire concernant la mise en œuvre des **PRAPS de 3^{ème} génération** : tenant compte du fait qu'aujourd'hui, les politiques de santé sont définies dans les régions par le Groupement Régional de Santé Publique, en fonction d'une part des besoins régionaux et d'autre part de la déclinaison des plans nationaux, l'État n'est plus que l'un des partenaires du GIP, avec les collectivités territoriales, les institutions, les associations, etc. Néanmoins, la loi continue à s'imposer à tous, et les articles 1 et 2 de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 sont sans ambiguïté : **la prise en compte de la santé des plus vulnérables doit être au cœur de tous les plans déclinés dans le Programme Régional de Santé Publique**, et pas seulement du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

C'est pourquoi cette circulaire prévoit une remise en cohérence de l'ensemble, en demandant que soit nommé un « **référént santé/précarité régional** » dont le rôle principal sera de s'assurer de la bonne application de la loi dans chacun de ses plans pour que s'instaurent toutes les passerelles indispensables, comme on a pu le voir aujourd'hui entre le PRAPS, le plan Psychiatrie et Santé Mentale et par exemple les PDALPD ou le plan santé environnement pour ce qui touche au logement.

C'est une nouvelle dynamique qui commence à être bien mise en place dans les régions, et il n'y a aucune raison qu'elle perde 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.

ANNEXES

membres du comité d'organisation

DRASS de Bretagne :

- Nicole DUPUIS-BELAIR, conseillère technique régionale en travail social, chef de projet PRAPS à la DRASS de Bretagne
- Jeannine GENIN, directeur des soins, conseillère technique régionale en soins à la DRASS de Bretagne
- Jean-Marc JAUNET, assistant du service des conseillères techniques régionales en travail social et en soins à la DRASS de Bretagne
- Françoise MARQUIS, médecin inspecteur régional adjoint à la DRASS de Bretagne, chef de projet régional en santé mentale à l'ARH de Bretagne
- Patricia RENAUDIN, assistante communication à la DRASS de Bretagne

DRASS des Pays de Loire :

- Bénédicte GOHIN-PÉRIO, directrice adjointe de la DDASS de la Sarthe
- Chantal GONZE, directeur de soins, conseillère technique régionale en soins à la DRASS des Pays de Loire
- François LEVENT, service Politiques régionales de santé et coordonnateur du PRAPS à la DRASS des Pays de Loire

ONSMP – ORSPERE :

- Valérie BATTACHE, secrétaire et responsable logistique à l'Observatoire national des pratiques en santé mentale, ORSPERE (Lyon)
- Dr Jean FURTOS, psychiatre, directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale, ORSPERE (Lyon)

membres du comité de pilotage

- Isabelle AGNEESSENS, infirmière équipe de liaison psychiatrie/précarité, CHU à Nantes
- Aude BESNARD, psychologue équipe mobile psychiatrie/précarité, CH Guillaume Régnier à Rennes
- Dr Véronique BLANCHIER, médecin inspecteur santé publique, DDASS de Vendée
- Laurence BLIN, équipe liaison psychiatrie/précarité et mission logement, pôle psychiatrie, CHU à Nantes
- Anaïs BLONDEL, inspectrice, DDASS de la Mayenne
- Catherine CHOQUET, adjointe au maire de Nantes et Mme le Dr Hélène LEPOIVRE directrice de la mission santé publique, Ville de Nantes
- Martine DAMON, cadre social au centre hospitalier de Plouguernevel (AHB)
- Marie-Christine DAVID, FNARS de Bretagne
- Dr Hélène DE SEVERAC, médecin inspecteur santé publique, DRASS des Pays de Loire
- Nicole DUPUIS-BELAIR, conseiller technique en travail social et chef de projet PRAPS, DRASS de Bretagne
- Dr Laurent EL GHOZI, chef de service des urgences de l'hôpital de Nanterre, maire adjoint de Nanterre, président de l'association "Élus, santé publique et territoires"
- Benoît EYRAUD, chargé de recherche à l'Observatoire national des pratiques en santé mentale
- Dr Jean FURTOS, psychiatre, directeur scientifique de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale, ORSPERE (Lyon)
- Emmanuel GAIGNARD, adjoint au chef de service social-RMI, Conseil général de la Vendée
- Jeannine GENIN, conseillère technique en soin, DRASS de Bretagne
- Bénédicte GOHIN-PÉRIO, Directrice adjointe, DDASS de la Sarthe
- Chantal GONZE, directeur de soins et conseiller technique, DRASS des Pays de Loire
- Bernadette GRILLARD, responsable du service prévention Mutualité française Vendée et coordinatrice régionale prévention Mutualité française des Pays de la Loire
- Dr Hervé INIAL, psychiatre, équipe de liaison psychiatrie précarité (ELPP), CHU à Nantes
- Dr Jacqueline JOLICOEUR, psychiatre au CHS de Bégard dans les Côtes d'Armor
- Dr Serge KANNAS, psychiatre, mission nationale d'appui en santé mentale
- Simon KERZERHO, directeur de l'UDAF du Morbihan
- Corinne LAMBERT, mission santé publique, Ville de Nantes
- Jean LEDHUY, responsable du service habitat/construction à la Direction régionale de l'équipement des Pays de la Loire et co-président de la commission des maisons-relais
- Olivier LEHMANN, inspecteur principal, DDASS de la Sarthe
- Soazic LEMERCIER, chargée de mission FNARS des Pays de Loire
- Dr Laurent LESTREZ du centre hospitalier Charcot à Caudan dans le Morbihan

- François LEVENT, service Politiques régionales de santé et coordonnateur du PRAPS, DRASS des Pays de Loire
- Christine LELIEVRE, maire de Sévérac (Loire Atlantique)
- Françoise MARMION, chargée de mission promotion de la santé, Conseil général d'Ille-et-Vilaine
- Dr Françoise MARQUIS, médecin inspecteur régional adjoint à la DRASS de Bretagne, chef de projet régional en santé mentale à l'ARH de Bretagne
- Isabelle MARTIN, assistante sociale Centre Médico Psychologique à l'hôpital de jour à Pontivy. mandatée par Mme DAMON, cadre socio-éducatif à l'hôpital de Plouguernevel
- Dr Bruno MESLET, médecin inspecteur, DDASS du Maine et Loire
- Jean-Yves MENER, délégué régional de Bretagne de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM)
- Dr Guy M'BOKO, médecin chef de service, Conseil général de la Sarthe
- Agnès ORGEAS, psychologue, équipe mobile psychiatrie/précarité, CH Guillaume Régnier à Rennes
- Dr Dominique ORHAN du Conseil général de Loire-Atlantique
- Sylvie PAUMIER, assistante sociale « précarité », Fédération de Santé Publique (FSP) CHS Montbert (Loire Atlantique)
- Florence PERRICHAUD, déléguée FNARS des Pays de la Loire, directrice association Francisco Ferrer
- Marie-Françoise PILET, présidente de l'UNAFAM, déléguée régionale de l'UNAFAM pour les Pays de la Loire, présidente de l'UNAFAM en Loire Atlantique
- Françoise POUPAULT, assistante sociale équipe départementale santé publique, DDASS d'Ille et Vilaine
- Dr Françoise RABOUIN-BAUSSIN, médecin responsable du service actions médico-sociales et vie associative au Conseil Général du Maine et Loire
- Mathieu RAULT, chef de mission politique de santé, Conseil régional de Bretagne
- Patricia RENAUDIN, assistante communication, DRASS de Bretagne
- Yannick ROUE, chargé de mission santé, Conseil régional des Pays de la Loire
- Anne-Marie SOCHON, chargée de mission à l'insertion sociale et professionnelle du service de lutte contre les exclusions du Conseil général de la Mayenne
- Sylvie SOVRANO, conseillère technique en travail social, correspondante départementale PRAPS, DDASS du Finistère
- Dr Jean-Loup THÉRY, médecin responsable santé publique, Conseil général du Finistère
- Claire THOMAS, attachée du Conseil régional des Pays de la Loire et M. Loïc BEDOUET élu, vice-président du Groupement régional de santé publique (GRSP)
- Pr Sylvie TORDJMAN, professeur en pédopsychiatrie et chef de service du service hospitalo-universitaire de psychiatrie enfants et adolescents à Rennes
- Françoise TYRANT, chargée de mission animation territoriale, Ville de Rennes
- Dr Mathias WISS, médecin pédopsychiatre dans le service hospitalo-universitaire de pédopsychiatrie de Rennes, responsable des soins pour l'équipe mobile pour adolescents
- Dr Kahina YEBBAL, psychiatre hospitalier FSP CHS Montbert (Loire Atlantique).



DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE BRETAGNE
20 rue d'Isly – C.S. 84224 – 35042 RENNES cedex
tél. 02 99 35 29 00 – fax 02 99 30 59 03
Site internet : <http://bretagne.sante.gouv.fr>
Contact : Nicole DUPUIS BELAIR et Françoise MARQUIS

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DES PAYS DE LA LOIRE
Maison de l'administration nouvelle (MAN) - 6 rue René Viviani - BP 86218
44262 NANTES cedex 02
tél. 02 40 12 80 00 – fax 02 40 12 80 77
Site internet : <http://pays-de-la-loire..sante.gouv.fr>
Contact : François LEVENT et Chantal GONZE

FEVRIER 2008