

***Secrétariat d'Etat à la lutte contre la Précarité et l'Exclusion
auprès du Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité***

**SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET
EXCLUSION SOCIALE**

**Rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique VERSINI,
secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion**

sous la direction de

Monsieur le Professeur Philippe Jean PARQUET

- Septembre 2003 -

AVANT-PROPOS DE

DOMINIQUE VERSINI, SECRETAIRE D'ETAT A LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

A la demande du premier ministre, j'ai présenté en mars 2003 un Programme National de Renforcement de la Lutte contre les Exclusions. Dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation précaire, le gouvernement s'est fixé comme objectif de mieux prendre en compte la souffrance psychique des personnes les plus démunies.

Nul ne peut ignorer aujourd'hui l'émergence d'une souffrance psychique invalidante qui touche les personnes en situation de précarité et parallèlement une précarisation croissante des malades mentaux. Cette souffrance psychique et sociale sans demande d'aide ni de soins de la part des personnes concernées apparaît principalement soit sous la forme de détresse sociale soit sous celle de l'urgence médicale. Cette souffrance est alors très souvent ressentie, portée et reconnue par des tiers sociaux : professionnels ou bénévoles de l'intervention sociale.

La souffrance psychique qui s'exprime par l'anxiété, la dépression, l'impossibilité de se projeter constitue la principale pathologie de l'exclusion empêchant ainsi une réinsertion des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Les questions touchant à la formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, les moyens d'assurer une meilleure articulation entre les secteurs du social, du médical et de la psychiatrie doivent être développées.

Pour ces raisons, j'ai décidé d'approfondir la réflexion autour d'une meilleure prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes en situation d'exclusion. J'ai demandé au Pr. Philippe-Jean Parquet de réunir et de coordonner un groupe de travail. J'ai tenu à ce que ce groupe de travail soit multidisciplinaire comprenant des médecins psychiatres, mais aussi des médecins généralistes, des travailleurs sociaux et les services de l'Etat afin de pouvoir éclairer le gouvernement sur les mesures nécessaires à mettre en œuvre.

Il était important qu'un certain nombre de concepts et un corpus scientifique soient définis. Mais ce thème a déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux. C'est pourquoi j'attachais une très grande importance aux conclusions de ce groupe de travail en terme de réponses concrètes.

Je tiens vivement à remercier les membres de ce groupe de travail et son président pour avoir tenu cette gageure de rendre un remarquable rapport qui à la fois est éclairant sur le fond de la question mais qui aussi se traduit par des propositions concrètes avec des dispositifs et outils nouveaux dans la prise en charge de ces personnes exclues ou précaires.

Je souhaite, avec Jean-François Mattei mettre en place ces dispositifs permettant de mieux prendre en charge des personnes en très grande souffrance pour lesquelles faute de prise en charge et d'aide tout espoir de réinsertion est vouée à l'échec.

Il importe de donner une réponse coordonnée permettant une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée des personnes en situation d'exclusion en souffrance psychique.

Dominique VERSINI

Monsieur le Professeur,

Dans le cadre de la préparation du programme national de lutte contre l'exclusion que Monsieur le Premier Ministre m'a demandé de présenter à la fin de l'année, j'ai décidé d'engager une réflexion sur une meilleure prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes en situation d'exclusion.

A cette fin, je souhaiterais qu'un groupe de travail, placé sous votre présidence, puisse se réunir dans les meilleurs délais. Je souhaite qu'il me remette ses principales orientations de travail avant le 15 octobre 2002, dans la perspective d'une remise de ses conclusions au 15 mars 2003.

Pour la conduite de vos réunions, vous bénéficierez de l'appui logistique de mon cabinet.

Dans l'attente de pouvoir ouvrir avec vous les travaux, très attendus, que vous présiderez, je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, à l'expression de ma considération distinguée.

Dominique VERSINI

Monsieur le Professeur Philippe PARQUET
90, rue Jean Sanspeur
59800 LILLE

LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

1. MISE EN PLACE D'UN RESEAU SANTE MENTALE PRECARITE (RSMP) APPUYE SUR UNE EQUIPE MOBILE DEPARTEMENTALE DE SANTE MENTALE POUR PERSONNES PRECARISEES (ESMPP)

Les réseaux et les équipes mobiles pourront être financés à partir de quatre sources :

- La contribution de la psychiatrie publique (surtout si elle est tête de réseau)
- Les redéploiements dégagés par les ARH à l'occasion des restructurations hospitalières
- La contribution du PRAPS au titre de l'aide au fonctionnement de l'équipe (chapitre 47-11)
- L'inclusion du RSMP et de l'EMSP au sein de réseaux de santé (article L 6321-1 du code de la santé publique et article L 162-43 et suivant du code de la sécurité sociale pour le financement sur l'enveloppe financière créée au sein de l'ONDAM.

2. MISE EN PLACE DE LITS DE REPOS A ORIENTATION PSYCHO-SOCIALE

Ces lits pourraient être financés par convention avec l'assurance maladie avec un financement à la place. Le coût à la place pour les lits d'hébergement avec soins infirmiers somatiques est évalué à 57,4 euros par jour.

3. DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU SEIN DES MAISONS-RELAIS

La mise en place de conventions entre les maisons relais et le secteur ou l'inter secteur psychiatrique doit être facilité permettant une prise en charge harmonieuse et facilitée par les dispositifs de droit commun (CMP)

4. DEVELOPPER LES TRAVAUX DE RECHERCHE CLINIQUES DANS CETTE POPULATION

A ce titre, l'Observatoire National de Lutte contre l'Exclusion pourrait être l'élément coordinateur des études et recherches épidémiologiques mises en place par les différentes structures institutionnelles pour ces populations exclues ou précaires : INVS, INSERM, CNRS, DREES, INED, ONSMP-ORSPERE.

5. DEVELOPPER LES ACTIVITES DE SOUTIEN ET DE FORMATION AUPRES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES ACTEURS DE LA SANTE MENTALE

Ces activités seront mises en place dans les Instituts de formation sanitaires et sociaux. Elles seront également initiées au plus près des acteurs en soutien aux équipes.

Ces activités seront financées sur des crédits PRAPS

6. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES DANS LES POPULATIONS EXCLUES OU PRECAIRES

Cette problématique est très souvent liée à celle de la souffrance psychique. Il s'agit d'un domaine où le travail sanitaire et social est complémentaire. Il importe donc qu'il y ait une reconnaissance mutuelle des compétences et des outils disponibles dans les deux champs d'action. Dans les actions de formation, de soutien et de rencontre entre les deux champs sanitaire et social, il est fondamental que la question de l'addiction soit évoquée et que la coordination soit plus étroite.

**Liste des participants au groupe de travail
« Souffrance psychique et précarité »**

- Professeur Philippe Jean PARQUET

- Madame Danièle BARICHASSE

- Monsieur Jean-François BAUDURET

- Monsieur David BERLY

- Professeur Maurice FERRERI

- Docteur Jean FURTOS

- Docteur Alain GOUIFFÈS

- Docteur Jacques HASSIN

- Madame Annick HENNION

- Docteur Christian MATON

- Docteur Alain MERCUEL

- Docteur Philippe MOST

- Professeur Frédéric ROUILLON

PLAN

INTRODUCTION	p. 9-10
I – DE L’EFFET DE QUELQUES CONCEPTS	p. 11-19
A) L’exclusion	p. 11
B) La précarité, la pauvreté	p. 14
C) Problématiques conceptuelles des personnes en situation d’exclusion et de précarité	p. 15
c 1 : Deux conceptions opposées	
c 1-1 : Une population spécifique ?	
c 1-2 : Une population avec les mêmes caractéristiques ?	
c 2 : Deux politiques opposées	
c 2-1 : A partir de la première conception	
c 2-1 : A partir de la deuxième conception	
D) Problématiques inspirant les actions	p. 18
d 1 : Réduire la situation d’exclusion	
d 2 : Réduire les dommages induits	
d 3 : Travailler sur les déterminants	
d 4 : Travailler sur les représentations	
II – ANALYSE DES BESOINS ET DES ATTENTES	p. 21-31
A) Diversité et importance des besoins	p. 21
B) Besoins en santé mentale	p. 22
b 1 : Les troubles mentaux caractérisés antérieurs	
b 1-1 : Les troubles mentaux caractérisés	
b 1-2 : Les scenarii	
b 1-3 : Les objectifs	
b 2 : Les troubles mentaux induits par l’exclusion et la précarité	
b 2-1 : Les troubles mentaux constatés	
b 2-2 : Les objectifs à poursuivre	
b 2-3 : Le remodelage	
b 3 : La souffrance psychique	
b 3-1 : Sa description, les critères diagnostiques	
b 3-2 : Approche compréhensive et explicative	

- b 3-3 : Vulnérabilité
- b 3-4 : Facteurs de protection

III – LES REPONSES APORTEES AUX BESOINS EN SANTE MENTALE DE LA POPULATION EN SITUATION D'EXCLUSION ET DE PRECARITE p. 32-36

- A) Les réponses apportées** p. 32
- a 1 : Des réponses de droit commun
 - a 2 : Des actions ciblées et partielles
 - a 3 : Une initiative forte des acteurs sanitaires
 - a 4 : Une politique locale concertée et finalisée
 - a 5 : Des dispositifs très divers financés par le PRAPS
- B) Les réponses à la souffrance psychique** p. 35

IV – LES ELEMENTS D'UNE POLITIQUE NOTAMMENT EN MATIERE DE SANTE MENTALE ET DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE p. 37-38

V – LES PRINCIPES COLLABORATIFS ENTRE ACTEURS SOCIAUX ET ACTEURS DE LA SANTE MENTALE p. 39-45

- A) Un constat inquiétant** p. 39
- a 1 : Une méconnaissance réciproque des disciplines
 - a 2 : Une affirmation de collaboration
 - a 3 : Un déficit réciproque de références théoriques
 - a 4 : Un déficit réciproque de connaissance des pratiques
 - a 5 : Un déficit réciproque de connaissance des dispositifs
 - a 6 : Un déficit réciproque du « travailler ensemble »
 - a 7 : Un déficit commun de recours aux autres acteurs de la société
 - a 8 : Une souffrance psychique commune des acteurs
 - a 9 : Un déficit d'analyse des besoins et des attentes des personnes en situation de précarité et d'exclusion
- B) Préconisations** p. 42
- b 1 : Connaître les champs de compétence de chacun
 - b 2 : Promouvoir une collaboration et une articulation entre les équipes
 - b 3 : Mieux connaître les références théoriques et les pratiques de ses partenaires
 - b 4 : Mieux connaître les dispositifs utilisés et simplifier leur organisation
 - b 5 : Mieux prendre en charge la souffrance des acteurs
 - b 6 : Interpeller et utiliser les autres acteurs de la société
 - b 7 : Promouvoir une recherche sur l'ensemble des problématiques
 - b 8 : Mieux articuler les chaînes sanitaires et sociales

**VI – FORMALISATION D'UNE POLITIQUE :
LES RECOMMANDATIONS**

p. 46-54

A) Mise en place d'un réseau santé mentale-précarité p. 46

- a 1 : Une structure départementale
- a 2 : Les trois fonctions
- a 3 : La composition de l'équipe
- a 4 : La personne morale gestionnaire
- a 5 : Le financement du dispositif
- a 6 : L'organisation d'un appel d'offre

B) Mise en place de lits à orientation psychosociale p. 49

- b 1 : Le concept théorique
- b 2 : Les modalités de fonctionnement
- b 3 : Le financement

**C) Participation du programme Maisons relais à la réponse à la souffrance
psychique p. 51**

**D) Développer les travaux de recherche dans cette population
p. 52**

E) Développer les activités de soutien et de formation p. 53

**F) Renforcer la prise en charge des conduites addictives dans les
populations exclues ou précaires p. 53**

CONCLUSION

p. 55

INTRODUCTION

Dans le cadre du programme National de lutte contre l'exclusion, une meilleure prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité doit pouvoir améliorer la qualité de vie de ces personnes et leur permettre d'initier un projet de vie les rendant capables de se réinscrire dans la société et de participer à son développement.

La souffrance psychique représente un état psychique d'individualisation récente, à la fois évidente cliniquement et difficile à caractériser et qui nécessite une modification des pratiques des acteurs sanitaires et sociaux ¹.

Par sa fréquence, son retentissement sur la vie de nos contemporains, elle a été choisie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un objectif prioritaire s'imposant à l'ensemble des pays.

La souffrance psychique ne se retrouve pas uniquement chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité, mais elle revêt chez elles une importance considérable, elle représente une souffrance profonde, elle gêne leurs efforts de réinscription dans la société privant celle-ci de leurs concours.

C'est pourquoi ce rapport s'attache à proposer un cadre conceptuel et des moyens visant à un meilleur repérage par tous de la souffrance psychique, une meilleure prise en charge par un renouvellement des pratiques d'accueil, d'écoute, de soutien et de prise en charge.

Aborder la souffrance psychique ne peut se faire que dans une triple approche : une approche de santé mentale, une approche globale de la santé et une approche sociale.

¹ - Haut Comité de la Santé Publique. Rapport du groupe de travail sur : « *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* », polycopié, février 2000

En ce qui concerne la souffrance psychique chez les personnes en situation d'exclusion ou de précarité, celle-ci ne peut être dissociée d'une approche globale de leur santé mentale.

Enfin, il existe deux stratégies possibles pour aborder la santé mentale. L'une consiste à la prendre en charge en tant que telle, l'autre consiste à peser sur les déterminants de celle-ci : événement déclenchant, déterminants économiques, sociaux, culturels, environnementaux. Cette seconde stratégie nécessite des actions diversifiées, multiples, de nature hétérogène. Elle est très ambitieuse. En tout état de cause, les effets psychiques des déterminants sociaux doivent être connus et reconnus.

Prévenir la survenue de la souffrance psychique est un tout autre problème : ceci nécessite d'une part un soutien psychosocial au cours de la période d'initialisation de la précarité et de l'exclusion tout autant que lors du vécu de ces situations, mais surtout d'autre part, une attention particulière portée à l'ensemble de la population lors du développement de la personnalité depuis l'enfance afin que soient acquis les mécanismes d'adaptation et de défense de la personne et les compétences bio-psychosociales nécessaires pour faire face aux difficultés et aux aléas éventuels de la vie ultérieure des citoyens.

I – DE L’EFFET DE QUELQUES CONCEPTS

A) L’EXCLUSION

Depuis les travaux de Lenoir ², l’exclusion a été caractérisée comme une rupture du lien social et des difficultés d’accès à des droits sociaux élémentaires que l’on rencontre chez certaines personnes.

Gros-Jean et Padieu ³ considèrent l’exclusion comme un processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : Habitat, famille, couple, travail et avec les formes essentielles des modes de vie dominants dans une société donnée. Ils permettent ainsi de mieux comprendre l’extraordinaire diversité d’expression de l’exclusion.

Castel en 1995 ⁴ propose avec les autres auteurs cités ultérieurement une définition suivant des modalités compréhensives et non descriptives. Il utilise le terme de désaffiliation ; deux phénomènes : la désappartenance et la vulnérabilité sociale, sans pourtant les bien définir et sans préciser clairement la dialectique entre ces deux processus seraient à l’origine de celle-ci.

Paugam ⁵ parle de « disqualification ». Elle serait caractérisée par l’absence de réponses adéquates aux exigences sociales. Ceci fait référence aux compétences sociales de la personne et à la construction progressive au cours du développement de la personnalité de celle-ci. Ceci implique que soient définies les exigences sociales et l’adéquation ou la non-adéquation des réponses. Ceci a le mérite de déboucher sur des actions de requalification sociale et sur une prévention à distance possible en incluant dans les processus éducatifs l’acquisition, le développement et la mise en acte d’habiletés sociales.

2 - LENOIR R. *Les exclus*, Editions du Seuil, 1989 (1974)

3 - GROS-JEAN CH. PADIEU C. *Les exclus*, Revue des Affaires sociales, 1995, n°2-3

4 - CASTEL R. *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Fayard, 1995

5 - PAUGAM S. *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, 1994 (1991)

De Gaulejac et Taboada ⁶ ont préféré la notion de « désinsertion » mettant l'accent sur la place du sujet dans une organisation sociale, édictant des règles et des normes de fonctionnement, imposant aux personnes un statut et des rôles dont l'observance permet de participer au fonctionnement de la société.

Ces définitions voisinent avec celles antérieurement proposées pour l'inadaptation, le handicap et le concept anglo-saxon de désavantage. On parle ainsi quelquefois d'inadaptation sociale, de handicap social ou de désavantage social.

Ces définitions marquent une époque. Elles ont été construites dans une approche strictement sociale et aussi économique. Cela est particulièrement clair dans le rapport de 1990 du Commissariat au Plan et pour partie dans les rapports de Lazarus ⁷ et du Haut Comité de Santé Publique mais à un moindre titre, car dans ces deux derniers rapports, on note une tentative pour élargir la notion en utilisant d'autres critères ; à noter que le rapport Strohl-Lazarus insistait particulièrement sur une souffrance psychique intimement liée au social. Ceci a conduit à des politiques de réduction des inégalités basées sur l'idée que les exclus sont des victimes du système economico-social. C'est l'inégalité entre les personnes qui sert de base aux politiques mises en place.

Cette période a conduit à définir l'exclusion et les exclus comme la situation et les personnes qui n'étaient pas ou plus inscrites dans le cadre de ceux qui eux étaient inclus, participant à la vie sociale dans le cadre d'une organisation qui s'impose à tous. Les personnes ne sont identifiées uniquement que comme des « personnes du dehors » ou des personnes « sorties du fonctionnement social habituel ».

Par contre, ces définitions ne permettent pas d'aborder facilement les différentes modalités d'entrée dans l'inclusion, la variabilité historique de chaque parcours individuel, la combinatoire des différents aléas de l'existence et des compétences personnelles du sujet. Elles semblent faire l'impasse sur le sujet en situation d'exclusion, sur ses modalités réactives à ce nouveau mode de vie où la souffrance psychique prend une large place et sur les capacités d'initiative retrouvées chez ces personnes.

⁶ - DE GAULEJAC V. TABOADA I. *La lutte des places*, Desclée de Brouwer, 1994

⁷ - LAZARUS A. STROHL H. Rapport du Groupe de travail Ville, *Santé Mentale, Précarité et Exclusion Sociale*, « une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Février 1995, polycopié, 53 pages.

On peut regretter que cela ait donné aux exclus une image de passivité comme s'ils étaient le « théâtre de l'exclusion » en les mettant hors champs. Ceci a malheureusement conduit à construire des politiques et des pratiques où l'on « faisait à la place » des personnes, sans elles, sans tenir compte de leurs désirs, présupposant leurs besoins et attentes, évitant de les considérer comme des « sujets actifs ». L'assistance a été préférée à l'aide à la réhabilitation, ce qui a maintenu les exclus dans une position de dépendance et à la confiscation de leur liberté.

Schnapper ⁸ considère l'exclusion comme la résultante d'une dialectique inclusion-exclusion. Cela amène à une double approche très opératoire. Comment comprendre et favoriser les processus d'inclusion dans une société, comment comprendre et enrayer les processus d'exclusion ? S'appuyant sur le processus d'inclusion on peut développer une politique de réadaptation, de réhabilitation puisqu'il y avait antérieurement chez les personnes en situation d'exclusion des compétences sociales inclusives. S'appuyant sur la compréhension des processus d'exclusion on peut construire une politique de réinsertion après un temps de réhabilitation.

L'approche précédente donne une dimension dynamique à la conception de l'exclusion, elle rend possible de décrire les trajectoires de l'exclusion, les trajectoires individuelles des personnes.

Nous avons besoin d'une conception plus dynamique au sens de la dialectique entre les processus. « L'exclusion comme processus ou mode de vie » doit être préféré à « l'exclusion comme état ou entité ».

Nous avons besoin de réintroduire les personnes comme « sujet de l'exclusion ».

Si on considère l'exclusion comme état, l'objectif serait de faire disparaître cet état, mais comment ? Par contre, si on considère l'exclusion comme mode de vie nous pouvons agir sur l'ensemble des déterminants individuels et collectifs, psychologiques, sociaux et économiques et faire participer les personnes en situation d'exclusion à leur propre mobilisation.

⁸ - SCHNAPPER D. *Intégration et exclusion dans les sociétés modernes*, in l'exclusion, L'état des savoirs, La découverte, 1996, 23-31

B) LA PRECARITE, LA PAUVRETE

Il n'est pas question de redire ici tous les travaux qui ont conduit au concept de précarité mais de dire parmi les nombreuses acceptions de ce concept celles qui ont été utilisées dans ce rapport ou tout au moins les éléments « critériologiques » retenus.

Wrésinski ⁹, déjà en 1987 proposait la définition suivante : « L'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ».

L'insécurité qui en résulte peut avoir des conséquences plus ou moins graves, éventuellement définitives car elle conduit à une souffrance psychique, à une sidération des compétences du sujet qui lui permettent de faire face, ce qui conduit la personne en situation de précarité à une situation d'exclusion.

La précarité, peut avant la situation d'exclusion, conduire à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.

On entendra par pauvreté dans ce rapport la définition de Valtriani ¹⁰ : « Situation des individus et des ménages marquée par l'insuffisance des ressources, l'exclusion d'un mode de vie matériel et culturel dominant, la précarité du statut social ». A cette définition il convient d'ajouter la « pauvreté sanitaire » et la « pauvreté culturelle ». Dans ce rapport, la pauvreté sera considérée comme un déterminant.

Cette définition de la précarité permet d'insister, ce qui nous sera utile ultérieurement quant à la souffrance psychique, sur le désavantage induit, le handicap actif, l'impossibilité d'utiliser les compétences et les habilités psychosociales.

⁹ - WRÉSINSKI J., *Rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale »*, présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 28 février 1987.

¹⁰ - VALTRIANI P. *Un concept de pauvreté disjonctif*, Presses Universitaires de Grenoble, t. XLVI, n°4, 151-154, 1993

Elle permet de préciser clairement la place de la vulnérabilité acquise à côté des vulnérabilités constitutionnelles. Dans un cas on parlera de crise ou de période de vulnérabilité induite et dans un autre cas de fragilité préétablie. Ceci débouchera sur des prises en charge nettement différentes.

Cette fragilité préétablie présente deux aspects. Soit lors du développement de la personnalité la construction des compétences bio-psycho-sociales a été entravée du fait par exemple de troubles psychoaffectifs cognitifs, de maltraitance ou d'altérations des interactions individu-environnement, soit les enfants ont été élevés dans des milieux pauvres ou carencés ou en situation d'exclusion. C'est l'exclusion de seconde génération.

On peut ainsi affirmer que la précarité peut à la fois être considérée comme un état mais aussi comme un déterminant. Cela permet aussi de pointer l'intérêt qu'il y a à agir sur les déterminants structurels et environnementaux, d'insister plus particulièrement sur les événements de vie nécessaires pour déclencher la précarité et l'exclusion.

Enfin, on constate que si la pauvreté précède souvent l'exclusion, c'est à cette période qu'il vaudrait mieux agir. Quand les personnes sortent de l'exclusion, elles entrent souvent de nouveau dans la précarité. Ce jeu de « yo-yo » fragilise les sujets et les expose à la souffrance psychique et aux dommages induits de manière plus destructrice encore.

C) PROBLEMATIQUES CONCEPTUELLES DES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION ET DE PRECARITE

Suivant les conceptions retenues pour rendre compte des situations de précarité et d'exclusion, les modalités d'aide et les politiques varieront. La souffrance psychique sera plus ou moins facilement identifiée et prise en compte.

C 1 : Deux conceptions opposées

Deux conceptions s'affrontent plus ou moins explicitement ou cohabitent.

Ceci conduit à mettre en place des politiques et des actions, à développer des pratiques, à identifier des objectifs, à confier des missions très différentes. Cependant, on constate que ces deux conceptions cohabitent souvent, donnant à la politique française dans ce domaine une absence de visibilité, une insuffisance de définition des objectifs, une imprécision des missions, une parcellisation des actions et partant une efficacité affaiblie.

C 1-1 : Une population spécifique ?

Certains affirment que la population en situation d'exclusion et de précarité représente une population spécifique, distincte de la population générale, possédant des caractéristiques propres ayant des besoins originaux différents de ceux de la population générale. C'est dans cette approche que le vocable de « sans-abri » a eu le succès que l'on connaît, que la notion « d'errant » a été individualisée, que le terme de « sans droit » a été proposé. En quelque sorte, dans cette perspective, les « exclus » s'opposent aux « inclus ».

C 1-2 : Une population avec les mêmes caractéristiques que la population générale ?

D'autres pensent que cette population présente les mêmes caractéristiques que la population générale. Il n'y a pas de solution de continuité mais simplement un trait en plus qui est la précarité et l'exclusion. Il s'agit d'un trait ajouté qui confère une singularité à leur mode de vie, à leurs difficultés, à leurs pathologies. Mais, il ne s'agit pas là d'un trait spécifique qui les sépare de la population générale : les éléments de similitude l'emportent.

C 2 : Deux politiques opposées

C 2-1 : A partir de la première conception

Il en résulte qu'une politique avec des objectifs spécifiques, des missions singulières, des dispositifs adaptés dérogatoires aux dispositifs banaux doit être mise en place.

Cette conception semble inspirer le gouvernement quand il institue, dans le cadre certes du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité un secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion. Les exclus et les précaires sont les destinataires de cette politique.

C 2-2 : A partir de la deuxième conception

Quand on s'inspire de l'autre conception, les personnes marquées par la précarité et l'exclusion relèvent des dispositifs généraux du droit commun. La précarité et l'exclusion sont considérées comme des situations aggravantes des difficultés et des dysfonctionnements constatés. Les modalités d'aide et de soins par exemple ne devraient en rien différer de celles proposées à l'ensemble des citoyens. La situation de précarité et d'exclusion nécessite seulement une adaptation des pratiques et des dispositifs.

Si dans la première conception on parlait des précaires et des exclus, on parle ici des besoins et attentes des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Ces situations représentent une dimension aggravante ou une complication aggravante et gênante dans la mise en place par exemple de projet thérapeutique ou de projet de vie.

Il conviendrait de préciser plus clairement la position théorique qui doit inspirer une politique afin de pouvoir lui permettre d'énoncer des objectifs clairs. Ceci est le seul garant de la construction possible d'une démarche d'évaluation de l'efficacité et peut-être de l'efficacité de cette politique. Politique qui n'a pas brillé jusqu'à présent par sa lisibilité, qui n'a pas fait la preuve de sa cohérence et qui a été à l'origine des difficultés pour les acteurs de terrain. La multiplicité des associations, l'absence de cohérence des missions du service public, les aléas des chapitres de financement, la non-pérennité des structures et des actions en témoignent. Il y a là un grand chantier à mettre en œuvre.

D'une manière pragmatique et souvent à la seule initiative des acteurs de terrain et bien souvent sous la pression des événements, ce qui a été engagé et réalisé dans notre pays relève d'une cohabitation entre les deux conceptions témoignant de la nécessité d'action conjointe du droit commun et d'actions ciblées.

D) PROBLEMATIQUES INSPIRANT LES ACTIONS

De la même manière, nos actions sont sous tendues par des notions très hétérogènes conduisant à choisir des objectifs différents souvent sans grande clarté ou tout au moins sans explications. Une politique se doit, s'inspirant de concepts clairs, de définir des objectifs précis et atteignables ce qui lui confère une crédibilité et de mettre en place les moyens nécessaires pour y parvenir. Car énoncer un objectif sans mettre en place les moyens pour l'obtenir déconsidère une politique.

D 1 : Réduire la situation d'exclusion

La métaphore médicale du traitement symptomatique peut être utilisée. L'accueil des sans-abri par temps de grand froid en est la mesure emblématique.

Développer l'hébergement d'urgence s'inspire du même objectif. Procurer des soins d'urgence de même. C'est ainsi que s'est construit la notion d'urgence sociale et le dispositif du SAMU Social.

Cet objectif est pertinent et nécessite la mise en place d'une politique forte, mais elle n'est pas suffisante pour répondre à l'ensemble des besoins et attentes de ces personnes et surtout, elle ne représente qu'une approche incomplète, comme si le souci disparaissait hors des situations qualifiées d'urgentes.

D 2 : Réduire les dommages induits

Que l'on considère les précaires ou les exclus ou les situations de précarité et d'exclusion, réduire les dommages induits par ces situations représente un objectif pertinent. Cette politique de réduction des dommages nécessite une identification des dommages ; sa mise en œuvre peut relever d'un dispositif de droit commun. Ceci s'illustre, par exemple, dans le recouvrement des droits sociaux et de la couverture maladie.

D 3 Travailler sur les déterminants de la précarité et de l'exclusion

Indépendamment des objectifs précédents, il convient aussi de travailler sur les déterminants qui ont conduit à ces situations.

Ceux-ci sont d'ordre individuel et d'ordre collectif.

Les carences éducatives, les malmenages, les traumatismes dans l'enfance, la non-réussite scolaire, la non qualification professionnelle, l'absence ou le débordement des compétences et habiletés psychosociales, la souffrance psychique, les troubles mentaux sont, de manière non exhaustive des déterminants qui peuvent être choisis comme objectifs.

Les déterminants collectifs sont tout aussi divers. Ils vont des carences d'hébergement à l'absence de ressources, aux difficultés financières, au malmenage économique, au déficit de citoyenneté jusqu'à la non-utilisation ou à la méconnaissance des droits du citoyen et à la cruauté de la vie en société.

Lorsqu'on parle de déterminants, on insiste souvent uniquement sur les facteurs de vulnérabilité et les déterminants négatifs, ceci conduit à des actions qui cumulent à la fois une approche orthopédique quant à la vulnérabilité et une approche d'extinction des déterminants négatifs. On ne travaille pas assez sur les facteurs de protection et les compétences qui, s'ils ne sont pas toujours faciles à identifier, demeurent présents en chaque personne.

D 4 : Travailler sur les représentations

Les personnes en situation d'exclusion et de précarité ont une idée négative d'elles-mêmes, une estime de soi effondrée. Il s'agit de viser à leur redonner confiance en elles-mêmes et la capacité de déclencher le changement, ce qui va amener quelques succès et, au-delà, une image positive d'elles-mêmes, autant de choses nécessaires pour leur permettre d'utiliser leurs compétences disponibles.

La manière dont l'ensemble de la population se représente les exclus et les précaires est déterminante car le regard jeté sur eux conditionne le regard qu'ils jettent sur eux-mêmes. Reconnaître et éviter le rejet, éviter le regard disqualifiant, éviter l'évitement et la mise à distance, éviter la croyance dans l'inéluctabilité de ces situations et l'impossibilité d'une évolution possible constituent souvent l'attitude des citoyens et figent l'image négative de ceux-ci quand à ces personnes.

Croire que seules certaines personnes et quelques dispositifs spécialisés doivent être en charge de « ces personnes », ne pas croire que chacun peut être auteur de changement et d'évolution possible par son seul regard et sa seule action bloquent ces situations, sidèrent le changement. Inscrire dans une dimension citoyenne et une approche humaniste ce changement des représentations et des attitudes est indispensable. A l'inverse, admettre le tragique des réalités n'est pas fataliste, bien au contraire cela engage à l'action.

- II – ANALYSE DES BESOINS ET DES ATTENTES

De très nombreux travaux et enquêtes utilisant des approches théoriques et méthodologiques différentes nous permettent de mieux percevoir les besoins et attentes de toute nature de ces personnes en situation de précarité et d'exclusion. Cependant, on doit constater que la diversité des approches et des méthodes nous donne souvent une perception hétérogène de ces besoins et attentes.

A) DIVERSITE ET IMPORTANCE DES BESOINS

Il ne nous revient pas d'aborder ici :

- l'évaluation de l'importance de cette population
- L'impact économique et le coût social
- La dimension citoyenne notamment relative aux droits
- Les situations juridiques
- Les aspects réglementaires
-

Nous soulignerons seulement fortement les aspects sanitaires et sociaux dans lesquels s'inscrit l'objectif de ce rapport sur la souffrance psychique.

Notons d'une manière générale ce qui apparaît dans toutes les études :

- Une surmortalité avec un « nombre d'années perdues » considérable
- Une morbidité globale plus jeune
- Une sur morbidité globale et notamment dans le domaine de la santé mentale
- Un sur besoin en mesure d'accueil, d'aide et d'accompagnement
- Un sur besoin en matière de soins
- Une sous-utilisation des dispositifs de soins
- Un besoin plus long d'inscription dans les projets sanitaires

B) BESOINS EN SANTE MENTALE

Parmi ces constats s'impose clairement la sur-représentation des problématiques psychoaffectives et des troubles mentaux d'une part et d'autre part leur gravité. Ces problématiques psychoaffectives arrivent presque à égalité dans certaines enquêtes avec les difficultés sociales et économiques. Elles sont probablement sous-évaluées.

Quelles sont les problématiques psychoaffectives rencontrées ? : D'authentiques troubles mentaux caractérisés d'une part et la souffrance psychique d'autre part.

B 1 : Les troubles mentaux caractérisés antérieurs

B 1-1 : Les troubles mentaux caractérisés

- Au premier rang de toutes les pathologies mentales les plus délicates à traiter et nécessitant des soins adéquats et inscrits dans le long terme, se trouvent les psychoses et notamment toutes les variétés de schizophrénies. Les pathologies sont très invalidantes socialement.

- On rencontre ensuite toutes les pathologies de la personnalité et plus particulièrement les personnalités anti-sociales et dépendantes. Elles se manifestent par des troubles des conduites et des comportements qui conduisent à des conflits, des ruptures, des difficultés d'inscription et de fonctionnement dans la famille et dans la société.

- Les pathologies addictives sont fréquemment à l'origine de difficultés personnelles mais aussi sociales. On parle alors plus volontiers de marginalité plutôt que d'exclusion.

Toutes ces pathologies ont donc un pouvoir social invalidant très fort. Nous avons aussi à signaler l'importance des déficits intellectuels rencontrés.

B 1-2 : Les scénarii

B 1-2-1 : Les pathologies mentales ont antérieurement été identifiées.

La prise en charge a été mal initiée, mal conduite. Le projet thérapeutique était incompatible avec les modes de vie des patients.

Le projet thérapeutique et les soins ont été tout simplement arrêtés soit par le patient lui-même soit à cause d'une discontinuité dans les intervenants de santé et des travailleurs sociaux. Souvent, les capacités d'autoprotection du patient et la perception du besoin de soins ont été insuffisantes pour permettre au patient d'inscrire dans le temps les thérapeutiques proposées.

Les équipes de santé mentale ne perçoivent pas toujours l'importance de l'invalidation sociale entraînée par les troubles mentaux, alors qu'elle fait maintenant partie des critères diagnostiques. Cette invalidation sociale, cette sidération des habiletés sociales conduisent à la précarité et à l'exclusion. Les équipes ne travaillent que partiellement avec les équipes sociales et lorsqu'elles le font les deux projets sont plus juxtaposés que pensés ensemble, harmonisés et rendus compatibles.

B 1-2-2 : Les troubles psychopathologiques n'ont pas été identifiés

La pauvreté, la précarité et l'exclusion sont les conséquences des désavantages, des inadaptations, des dysfonctionnements de tous ordres que produisent les troubles psychopathologiques qui ont tous un retentissement relationnel, social et économique. L'invalidation sociale sera alors « le symptôme offert » derrière lequel se cache le trouble mental. C'est donc dans la population des précaires et des exclus que devront être repérés les troubles mentaux caractérisés. De plus, les évolutions de l'inadaptation sociale en fonction des circonstances, des événements vont remanier la pathologie mentale dont le diagnostic alors sera rendu plus difficile, surtout pour des équipes sociales dont la capacité à identifier les troubles mentaux, compte tenu de leur formation est souvent insuffisante ou acquise sur le tas.

B 1-3 : Les objectifs

B 1-3-1 : Dans le premier cas

L'objectif sera :

- d'analyser l'histoire de la mise en place et de la conduite du projet thérapeutique
- d'apprécier sa pertinence et sa compatibilité avec les modes de vie du patient

- de renouer avec la chaîne thérapeutique
- de s'inscrire dans une activité participative permettant le suivi thérapeutique dans sa réalisation concrète.

Le rôle de l'équipe sociale sera alors de réduire l'impact de la précarité et de l'exclusion en ce qu'elles gênent le projet thérapeutique, mais surtout d'aider les équipes de santé mentale à adapter leur mode de prise en charge, même si celles-ci gardent le leadership.

B 1-3-2 : Dans le second cas

Trois ensembles d'objectifs doivent être poursuivis :

- Reconnaître, identifier derrière le « masque de l'exclusion et de la précarité » les troubles mentaux sévères. Les travailleurs sociaux ayant « soupçonné » une telle éventualité ont à faire confirmer le diagnostic par les acteurs de la santé mentale.
- Construire un projet thérapeutique soutenu par l'ensemble des acteurs après avoir convenu ensemble des objectifs des missions, compte tenu des compétences des acteurs : « suivi participatif ».
- Réduire les empêchements au projet thérapeutique par des mesures ayant trait soit à la santé mentale soit à l'exclusion.

B 2 : Les troubles mentaux induits par l'exclusion et la précarité

Les situations de précarité et d'exclusion placent les personnes dans des conditions de vie difficile, non seulement d'un point de vue matériel, social et citoyen mais aussi psychologique.

Les personnes chez qui l'anamnèse, la reconstitution de l'histoire du sujet n'ont pas permis de retrouver des troubles des conduites et du comportement, des troubles de la personnalité, des troubles mentaux, présentent, après un certain temps de situation de précarité et d'exclusion, d'authentiques troubles mentaux caractérisés. Un lien de causalité est alors identifiable.

La question du rapport entre l'état psychique des personnes en situation d'exclusion et de précarité et l'exclusion et la précarité se pose indubitablement. Le lien de causalité est évident, mais la nature et la combinatoire des processus à

l'œuvre dans la survenue des troubles mentaux chez les exclus et les précaires est d'une grande complexité. Au-delà de certaines positions réductionnistes qui ne relèvent que les déterminants socio-économiques, il est nécessaire de pointer d'autres déterminants ayant trait à la structure de la personnalité, au fonctionnement des familles, aux carences éducatives, au faible niveau scolaire, à l'absence de qualification professionnelle qui en découle. Le système de causalité est, là, un système pluri-déterminé, où les déterminants individuels se conjuguent à des déterminants collectifs.

Enfin, il est nécessaire de souligner le « handicap culturel et citoyen » que présentent les populations migrantes. Ce déficit culturel provoque l'exclusion. L'importance de populations migrantes parmi les exclus et les précaires pose des problèmes très considérables tant en nombre qu'en gravité. Il s'agit là d'un problème difficile, nécessitant des actions novatrices et auquel nous sommes mal préparés.

B 2-1 : Les troubles mentaux constatés

Nous avons dit antérieurement la prévalence des états psychotiques. A l'exception de certains délires interprétatifs et hallucinatoires ils sont rarement induits par la situation d'exclusion ou de précarité.

Si, pour le moment, on met à part la souffrance psychique qui sera traitée par la suite, compte tenu de la controverse sur sa qualification de trouble mental, les troubles mentaux rencontrés recouvrent la presque totalité de la nosographie.

Notons d'emblée que leur repérage n'est pas aisé, car au-delà du remodelage sémiologique qu'induisent précarité et exclusion, leurs aspects cliniques s'écartent quelque peu de la critériologie classique.

Les comportements antisociaux et les comportements hétéro-agressifs sont soulignés dans toutes les enquêtes et études. Les services d'accueil des urgences des hôpitaux sont amenés à constater leur fréquence et leur gravité.

Les comportements auto-agressifs sont constatés très souvent et prennent des formes variées. Ils sont souvent négligés par les acteurs de terrain.

Les conduites addictives et plus particulièrement les conduites de dépendance sont aisées à repérer mais posent de délicats problèmes de prise en charge. Une politique de réduction des dommages est plus souvent mise en place qu'une politique sanitaire globale.

Les troubles affectifs, les différents états dépressifs sont globalement sous-estimés car on pense qu'ils sont la conséquence « normale » de l'exclusion et de la précarité. En fait, il existe des troubles dépressifs authentiques qui nécessitent une chimiothérapie ; cette prise en charge n'est ni perçue comme pertinente ni mise en place la plupart du temps.

Il est plus difficile d'identifier les troubles anxieux tant ils sont noyés dans les « manifestations sociales » de l'exclusion et de la précarité.

Les troubles des conduites sexuelles sont en général très négligés et non identifiés. Elles représentent cependant directement et indirectement un gros problème de santé parmi cette population.

B 2-2 : Les objectifs à poursuivre sont :

- Identifier ces troubles mentaux
- Agir conjointement dans le champ de la santé mentale et dans le champ social
- Identifier quel est le dispositif le plus à même de débiter les soins
- Inscrire la prise en charge dans les bons termes après avoir posé clairement les objectifs, les compétences et les missions de chacun
- Faire le point régulièrement en interdisciplinarité dans le cadre d'une « analyse des pratiques ».

B 2-3 : Le remodelage :

Les troubles mentaux caractérisés sont souvent sémiologiquement modifiés par les modes de vie de la précarité et de l'exclusion. Certains critères diagnostiques comme les plaintes peuvent être estompées, alors que d'autres comme les passages à l'acte peuvent être surdimensionnés.

Ceci va gêner le diagnostic, et rendre difficile l'appréciation des bénéfices que l'on peut escompter de la thérapeutique. Cette interaction entre pathologie et modes de vie oblige à des prises en charge qui sortent des pratiques cliniques habituelles, en particulier dans la prise en charge des conduites addictives et des troubles affectifs. Les troubles du comportement sont particulièrement difficiles à identifier comme tels car on les pense souvent comme l'expression de la seule situation d'exclusion.

B 3 : La souffrance psychique

B 3-1 : Sa description, les critères diagnostiques :

La souffrance psychique est un concept qui a été individualisé pour rassembler les dysfonctionnements psychoaffectifs rencontrés mais qui n'entrent pas dans le cadre des troubles mentaux caractérisés. En première intention, on pourrait dire qu'il s'agit d'un diagnostic d'exclusion.

Les approches sémiologiques sous-tendues par des théories psychopathologiques différentes confèrent à la souffrance psychologique un caractère flou dans sa définition. D'autant plus que deux démarches cohabitent, l'une à une visée purement descriptive, l'autre à visée économique et explicative, s'attachant à définir le comment et le pourquoi.

La souffrance psychique apparaît dans de multiples circonstances de la vie. Ses étiologies sont multiples.

Il s'agit là d'une donnée issue de l'expérience des personnes, des cliniciens, des acteurs de la vie économique, sociale et sociétale. On perçoit sa réalité facilement, mais on ne sait pas comment l'aborder.

Pour certains, il ne s'agit pas d'un trouble mental caractérisé mais d'une réaction aux difficultés existentielles. Cependant, on tente de la caractériser comme telle. On a ainsi extrait de la souffrance psychique les psychotraumatismes pour en faire une catégorie spécifique. Mais, pour tous, cet ensemble de troubles est reconnu comme devant être pris en charge. Tous constatent que les pratiques classiques sont inadaptées.

Dans un premier temps, on peut utiliser une approche descriptive. Chaque manifestation clinique n'a aucun caractère pathognomonique. C'est l'ensemble des troubles qui conduisent au diagnostic. De plus, ces manifestations doivent avoir une certaine intensité que l'on précise mal pour pouvoir retenir le diagnostic. Pour beaucoup, c'est le degré d'invalidation sociale qui représente le meilleur critère.

Les modalités d'expression sont très diverses. Aucune manifestation n'ayant de valeur pathognomonique, c'est la coexistence de plusieurs manifestations qui permettra de poser le diagnostic de souffrance psychique.

Les tableaux cliniques polymorphes, composites se rencontrent quelle que soit l'origine de cette souffrance :

- Perte diversifiée de la palette des conduites adaptatives
- Incapacité à se projeter dans l'avenir
- Incapacité à utiliser les compétences antérieurement acquises
- Inscription dans le temps de l'instant
- Incapacité d'utiliser les liens sociaux antérieurement construits
- Incapacité de nouer de nouvelles relations affectives et sociales stables et diversifiées
- Solitude affective, sociale et relationnelle
- Perte de la notion d'interdépendance avec les personnes et les groupes comme par exemple la famille
- Perte de l'initiative relationnelle
- Incapacité à imaginer les demandes d'aides nécessaires par incapacité à ressentir les besoins sanitaires et sociaux
- Incapacité à imaginer que la situation puisse changer à partir d'aides extérieures vu la désactivation des compétences antérieurement acquises : inéluçabilité
- Disparition des capacités d'initiative, réduction aux seules réponses à la proposition immédiate

Négligence des besoins :

- Incapacité à imaginer les aides possibles, à les recevoir et à les estimer comme satisfaisantes, incapacité à les croire efficaces
- Conduites d'évitement, de repli, de passivité

- Baisse de l'estime de soi et de se croire susceptible d'agir sur son propre destin
- Conduites addictives de compensation
- Troubles dépressifs
- Dénier de la souffrance

B 3-2 : Approche compréhensive et explicative :

Il est presque partout souligné que la souffrance psychique est secondaire soit à plusieurs événements de vie, soit à une rupture d'avec des modes de vie antérieurs, soit à la pérennisation de certains modes de vie.

La souffrance psychique survient lorsque les mécanismes d'adaptation et de défense du sujet sont dépassés, lorsque les habiletés sociales sont mises à mal. Ce débordement des capacités d'adaptation peut être la conséquence d'événements et de situations traumatisants ou déstabilisants marqués et identifiables dans le temps ou être secondaire à la répétition ou au cumul d'événements et de situations dont le caractère traumatique et déstabilisant est moins évident.

Enfin, on note dans les antécédents que des événements et des situations traumatiques antérieures ont marqué le sujet dans son histoire, sans qu'on ait pu alors remarquer une souffrance psychique intense. Ceux-ci semblent avoir été surmontés.

Ces situations ont cependant fragilisé le sujet dont les capacités adaptatives vont être ultérieurement débordées lors d'un événement ou d'une situation dont le rôle traumatique peut être apprécié comme mineur.

B 3-3 : La vulnérabilité :

Ceci conduit à insister sur les facteurs de vulnérabilité. Les mécanismes de défense et d'adaptation se mettent en place lors du développement de la personnalité. C'est dans les failles de cette construction de la personnalité depuis la première enfance que s'inscrit la plus grande probabilité de survenue de la souffrance psychique. C'est sur cette constatation que des politiques de prévention très à distance peuvent être mises en place.

Cette constatation est particulièrement évidente chez les personnes en situation de précarité et d'exclusion. Néanmoins, on ne retrouve pas toujours cette vulnérabilité dans l'histoire du sujet, la souffrance psychique est alors le témoin du débordement des capacités des mécanismes d'adaptation et de défense.

De ceci, il apparaît que la prise en charge doit être différente lorsqu'il s'agit d'un débordement des mécanismes de défense et lorsqu'il s'agit d'une carence des mécanismes, l'action alors sera plus diversifiée et inscrite dans le long terme alors que dans le premier cas il s'agira d'une période critique à surmonter. Les pratiques de soutien et de soins seront différents, d'où la nécessité d'une évaluation diagnostique de qualité.

B 3-4 : Les facteurs de protection :

Dans les deux cas, on peut retrouver néanmoins chez les personnes en souffrance psychique des compétences antérieurement présentes, non utilisées et non utilisables dans l'instant. Ces facteurs de protection même discrets doivent être réactivés. Faire découvrir aux personnes même en grande difficulté leurs compétences qu'elles pensaient absentes ou percevaient comme enfouies représente un « levier thérapeutique » très efficace et conduit à une approche positive et valorisante des personnes et récuse l'idée que ces personnes seraient toujours et à tout jamais des incompetentes. Travailler avec l'existant positif est utile.

La souffrance psychique est-elle ou n'est-elle pas un trouble mental ? Cette question peut paraître affaire de spécialistes.

Pour nous, la souffrance psychique ne fait pas partie des troubles mentaux même si, certaines de ses formes en présentent toutes les caractéristiques. Cela n'est pas sans poser une nouvelle problématique de la nosographie. Ceci témoigne du fait qu'autrefois, la vocation soignante exclusive de la psychiatrie était une mise en avant. Avec l'apparition d'un nouvel objectif assigné à la psychiatrie qui est la santé mentale, celle-ci a été amenée à élargir considérablement son champ, sous l'effet des demandes diversifiées de la population.

La psychiatrie s'inquiète de l'ampliation de son champ. Elle rechigne à s'investir au-delà des troubles mentaux classiques répertoriés dans la CIM 10 et le DSM 4. Mais alors, quelles seront les limites de son champ.

Les difficultés existentielles en seraient-elles la limite extrême ou les conditions pour obtenir et maintenir le bien-être et faire face à toute souffrance ? Mais si, l'évolution va dans le sens de la santé mentale et du bien-être, la psychiatrie seule n'est pas capable de remplir cet objectif. D'autant plus que la souffrance psychique observée représente une demande plutôt faite aux travailleurs sociaux alors que les demandes sociales sont souvent faites aux travailleurs sociaux. C'est l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, économiques et culturels qui doit et qui intervient, car la santé mentale et la santé générale sont déterminées par l'ensemble des facteurs à l'œuvre dans une société donnée. Les rapports de la santé mentale, de l'exclusion et de la précarité en témoignent excellemment.

- III – LES REPONSES APPORTEES AUX BESOINS EN SANTE MENTALE DE LA POPULATION EN SITUATION D'EXCLUSION ET DE PRECARITE

A) LES REPONSES APPORTEES

Elles dépendent essentiellement :

- D'une part de la conception qui sous-tend l'action où l'on pense que le public en situation de précarité ou d'exclusion représente une population spécifique nécessitant une prise en charge et un dispositif spécifique ou que l'exclusion et la précarité ne changent rien à la prise en charge des pathologies mentales.
- D'autre part, de l'articulation entre les dispositifs de santé mentale et d'intervention sociale.
- Enfin, de la présence ou non d'une politique médico-sociale soutenue par des leaders d'opinion et d'action.

Ces réponses sont-elles susceptibles de répondre aux besoins engendrés par la souffrance psychique induite par la situation d'exclusion et de précarité ?

Une hétérogénéité extrême des réponses est constatée dans l'enquête de février 2003 diligentée par le bureau de la santé mentale de la Direction Générale de la Santé avec pour mission de préciser :

- L'implication du dispositif de santé mentale public, privé et associatif en ce qui concerne les actions en santé mentale envers les populations exclues ou précaires
 - Le rôle joué par les PRAPS
 - L'existence d'autres dispositifs actifs en ce domaine financés ou cofinancés dans le cadre du PRAPS

A 1 : Des réponses de droit commun

Pour des raisons diverses, certaines régions ont choisi de répondre aux besoins de santé mentale des personnes en situation d'exclusion ou de précarité en utilisant l'ensemble du dispositif de droit commun de la psychiatrie pour faire face aux besoins de santé mentale de ce qui représente à leurs yeux une population spécifique. La collaboration avec les dispositifs sociaux est plus ou moins dense ; les interactions entre les schémas d'organisation des soins et les PRAPS sont alors peu formalisées. L'initiative du recours aux dispositifs sociaux revient alors aux travailleurs sociaux de secteur de psychiatrie.

A 2 : Des actions ciblées et partielles

Dans la plupart des départements, avec des logiques variées, suivant une mise en place par des promoteurs différents, une ou plusieurs actions sont mises en place. Certaines sont précaires, d'autres font l'objet de convention leur assurant une certaine pérennité, mais toujours une difficulté de vie quotidienne de ces dispositifs. Les promoteurs peuvent être des équipes de psychiatrie motivées ou des acteurs sociaux ayant convaincu les équipes de psychiatrie de la nécessité d'une action concertée.

Ces actions gravitent le plus souvent autour des structures d'accueil et d'hébergement concrétisant l'alliance du travail social et du travail de santé mentale. Cela revêt parfois une aide, une formation, un travail de sensibilisation mise en place par la psychiatrie auprès des travailleurs sociaux pour les sensibiliser au repérage et à la prise en charge des besoins en santé mentale des populations exclues ou précaires. Certaines actions ciblent des aires géographiques sensibles, des populations spécifiques ou des pathologies identifiées comme les conduites addictives. Dans tous les cas, ces actions ciblées ne constituent pas une politique adaptée à l'ensemble et à la diversité des besoins.

A 3 : Une initiative forte des instances sanitaires

La plupart des équipes de psychiatrie ont intégré dans leur pratique deux idées fortes :

- Le trouble mental produit une invalidation sociale importante

- La situation d'exclusion et de précarité s'accompagne d'une souffrance psychique nécessitant des soins ou induit des pathologies mentales.

La psychiatrie est alors à l'origine d'une politique explicite de prise en charge des exclus et des précaires. Elle a initié des collaborations actives avec les dispositifs sociaux, voire a créé des dispositifs spécifiques en coordonnant les moyens en initiant par exemple des réseaux médico-sociaux.

A 4 : Une politique locale concertée et finalisée

La concertation inter institutionnelle est dans certaines régions très active avec mise en place d'une collaboration sanitaire et sociale, bien souvent soutenue par les collectivités territoriales.

Un effort de structuration, évident dans le fonctionnement des PRAPS est alors fait. Des dispositifs et des actions cogérées et cofinancées ont vu le jour. La problématique santé mentale et exclusion devient un des objectifs de la politique de santé, impliquant la présence et la contribution de l'ensemble des acteurs régionaux.

A 5 : Des dispositifs très divers financés par le PRAPS

Quelques remarques :

- Les PRAPS ont été perçus comme « un outil fédérateur de dynamiques » et un instrument ayant permis l'identification des besoins en santé mentale par les travailleurs sociaux et une perception par les psychiatres de leur nécessaire implication dans ce domaine.

- La plus grande partie des équipes de psychiatrie a perçu la place des désavantages et de l'invalidation sociale des malades mentaux mais aussi de la place que la souffrance psychique prenait dans les demandes d'aide qui leur parvenait et notamment de la souffrance psychique chez les personnes exclues ou précaires. Néanmoins, compte tenu de ses difficultés, la psychiatrie s'inquiète de savoir comment elle pourra répondre à l'importance, la diversité, l'intensité des demandes qui lui sont adressées.

B) LES REPONSES APPORTEES A LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Force est de constater l'extrême désarroi des acteurs sociaux et sanitaires face à la souffrance psychique qui gêne l'action des uns, qui apparaît comme étrangère au noyau dur des objectifs et des missions de la psychiatrie.

Ceci conduit à une tentative de rejet des sociaux de ces personnes vers le médical et a contrario à un rejet actif des acteurs de santé mentale qui affirment qu'il s'agit là de difficultés existentielles qui ne relève pas de leur compétence.

Face à la souffrance psychique, des pratiques spécifiques n'ont pas été mises en place. Les notions de soutien, d'accompagnement, de requalification s'incarnent difficilement dans les pratiques. Cependant, un authentique travail est fait, il est peu théorisé. Un observatoire des pratiques permet de les expliciter et doit être mis en place.

Sur quelle base théorique peut-on construire la prise en charge de la souffrance psychique ?

Si la souffrance psychique est connue comme le débordement des mécanismes d'adaptation et de défense de la personnalité, on peut se fixer des objectifs précis :

- Analyser les compétences antérieures du sujet et aider à les réactiver
- Alléger ou supprimer les difficultés existentielles rencontrées
- Assurer un soutien et un accompagnement adéquats, diversifiés, personnalisés et inscrits dans la durée
- Faire percevoir la possibilité d'un changement à partir des ressources propres du sujet et de l'aide apportée
- Créer une relation d'aide non invasive
- Restaurer les affiliations et le lien social

On peut dans cette perspective aider la personne à se requalifier, à se réinscrire dans une zone de compétence

Si la souffrance psychique est perçue rien que comme le résultat du mode de vie lié à l'exclusion et à la précarité, alors des mesures et des aides socio-économiques visant à alléger et à réduire l'exclusion et la précarité seraient alors efficaces.

L'expérience montre que cela n'est pas suffisant et que, après que le sujet soit « sorti de l'exclusion et de la précarité », il demeure une trace douloureuse de cette période et une anxiété d'y revenir qui nécessite une prise en charge longue.

Si la souffrance psychique est perçue à la fois comme la résultante de l'exclusion et de la précarité et d'une carence de compétences bio-psycho-sociales, une aide permanente est nécessaire. Elle confine à celle mise en place dans le cadre de l'assistance. des mesures d'aide doivent rendre possible un allègement des problématiques mais non une résolution.

- IV – LES ELEMENTS D’UNE POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE MENTALE ET DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Les actions conduites dans le champ de la santé mentale dans le cadre des PRAPS et en particulier l’exploitation des questionnaires adressés aux DRASS et aux DDASS fait apparaître une situation contrastée, dans un panorama d’ensemble allant de la conduite de quelques actions isolées à une démarche plus ambitieuse portée par la psychiatrie publique ou par des impulsions et coordinations institutionnelles importantes, permettant une plus grande intégration des actions en direction des publics en situation de précarité ou d’exclusion.

Ces actions parviennent néanmoins difficilement à répondre à l’ampleur et à la diversification des besoins en santé mentale liée à la forte augmentation des problèmes sociaux, fortement mise en lumière par les PRAPS de première génération. L’importance de ces besoins a fait émerger la nécessité de rapprochements institutionnels avec leurs aspects positifs tels que le décloisonnement des différents champs d’intervention (se traduisant par un nombre important d’actions faisant l’objet de conventions et de co-financements dont une part importante émane des conseils généraux) et leurs aspects de fragilité du fait de la difficulté à assurer la pérennité de certains montages. Une adhésion forte des instances hospitalières semble être un atout de taille pour un relais par l’ARH d’actions ou de dispositifs initiés dans le cadre du PRAPS, bien que les possibilités d’absorption de l’ARH ne soient pas non plus illimitées.

Le PRAPS en initiant, par la mobilisation de nombreux acteurs, des pratiques professionnelles innovantes en lien avec la spécificité des publics qu’il prend en charge semble avoir favorisé ou soutenu une ouverture de la psychiatrie aux pratiques partenariales dans la majorité des départements répondants et ses actions sont assez emblématiques d’une évolution des pratiques dans le champ de la santé mentale. Nombre d’actions vont dans le sens d’un renforcement des compétences des travailleurs sociaux à répondre aux problématiques de souffrance psychique, préservant ainsi l’intervention d’un risque de médicalisation excessive des problèmes de précarité et d’exclusion, ainsi que d’une plus forte articulation des professionnels

favorisant l'accès aux soins spécialisés de publics qui en sont peu demandeurs et qui en ont un réel besoin, en complémentarité de prestations de nature sociale.

Toutefois un certain nombre d'institutions sociales ne semblent trouver de réponses aux difficultés d'ordre psychique des publics qu'elles prennent en charge, que par le recours à des psychologues recrutés en interne ou bénéficiant de vacations, parfois sans la recherche ou la possibilité d'articulation avec le dispositif de soins spécialisés. Plusieurs départements semblent se préoccuper de cette situation et mettent en place des procédures encadrant ces pratiques et garantissant aux usagers un accès privilégié aux dispositifs de santé de droit commun (comités de pilotage des actions, charte de recrutement...). Ces procédures permettent une ouverture intéressante de l'offre de soins en réponse à l'importance de la demande et des besoins exprimés, auxquels la psychiatrie publique ne peut répondre en totalité, et qu'il faut sans doute encourager.

Les PRAPS de première génération ont donc joué un rôle majeur à la fois dans l'émergence des réponses apportées à la problématique de la souffrance psychique et dans l'ouverture qu'ils ont offerte aux évolutions des pratiques de l'ensemble des intervenants institutionnels et professionnels engagés auprès des publics les plus en difficulté. Ils favorisent une certaine visibilité et reconnaissance des actions conduites dans le champ de la santé mentale témoignant d'évolutions significatives reposant sur des synergies institutionnelles et professionnelles.

Les développements à venir gagneraient à une plus grande structuration et intégration des actions autour des deux cibles complémentaires que sont les professionnels ou bénévoles au contact des publics en question et les publics précaires eux-mêmes, ainsi qu'à leur généralisation à l'échelle d'un territoire ou d'un bassin de santé. La poursuite des engagements de l'action de la psychiatrie publique dans ce champ constitue à ce titre un enjeu important.

- V – LES PRINCIPES COLLABORATIFS ENTRE ACTEURS SOCIAUX ET ACTEURS DE LA SANTE MENTALE

A) UN CONSTAT INQUIETANT

A 1 : Une méconnaissance réciproque des disciplines

Il existe sur l'ensemble du territoire sauf en certains endroits une méconnaissance profonde et réciproque des champs de compétence des pratiques et des dispositifs des acteurs sociaux et des acteurs de santé mentale. Les formations initiales excluent les champs de compétence des autres acteurs, qui n'ont de notions des compétences de l'autre que les savoirs de l'homme de la rue.

Ceci entraîne une lourde conséquence : dès que la dimension sociale apparaît un peu dense la psychiatrie rejette sur le social ces personnes dans une exclusion active, de la même manière, dès qu'une dimension psychopathologique est identifiée par les acteurs sociaux, la personne est renvoyée vers les acteurs de santé mentale. Beaucoup restent au milieu du gué. Il paraît cependant équitable de reconnaître que nombre d'acteurs du travail social, en première ligne sur le front de la précarité, ont à l'évidence intégré la dimension psychique dans leur pratique

A 2 : Une affirmation de collaboration

Paradoxalement, les acteurs des deux champs affirment l'intrication des facteurs sociaux et de santé. Mais il s'agit le plus souvent d'une affirmation déclarative. « Il faudrait que le service social intervienne ». « Il faudrait qu'il ou elle voie un psychiatre ». Relevons ici une carence des systèmes de formation initiale : on n'apprend pas aux professionnels à dire cela n'est pas de mon ressort mais relève des compétences d'un autre acteur, comment dois-je faire pour que ceci se passe effectivement ?

A 3 : Un déficit réciproque de références théoriques

Les acteurs de santé mentale ne savent pas sur quelles bases théoriques travaillent les acteurs sociaux et pourtant, ils n'envisagent pas le travail des acteurs sociaux et ce qu'ils pourraient attendre d'eux.

Symétriquement, les acteurs sociaux ignorent les bases théoriques du travail des acteurs de la santé mentale. Ils n'en attendent rien. Ils ne repèrent pas les troubles mentaux. Ils surestiment souvent les « pouvoirs » des psychiatres.

A 4 : Un déficit réciproque de connaissance des pratiques

Les différents acteurs méconnaissent la nature de leurs pratiques et les conditions de leur mise en œuvre. Les acteurs sociaux méconnaissent la nature et les conditions des pratiques soignantes, les acteurs sanitaires méconnaissent l'intervention sociale

A 5 : Un déficit réciproque de connaissance des dispositifs

Quand on rencontre les équipes sociales et de santé mentale qui travaillent ensemble, elles affirment toutes qu'elles méconnaissent grandement l'organisation de leurs dispositifs réciproques. Il est vrai que le dispositif de la santé et de la santé mentale en particulier est organisé autour de la prévention, des soins et de la réhabilitation en ce qui concerne les pathologies. Cette organisation et les dispositifs concernés entre dans un cadre défini dont relèvent ou non les personnes appelées patients ou malades.

Les dispositifs sociaux ne répondent pas à première vue à une cohérence aussi stricte. Ils ont des objectifs plus diversifiés, ceci leur confère un polymorphisme peu lisible. Le rattachement des services sociaux à plusieurs cadres de référence administratifs ajoute à la confusion. Depuis plusieurs années, on a tenté de remédier à cela et les dispositifs sociaux apparaissent comme plus cohérents entre eux, des articulations, des passerelles ont été mises en place. Il y aurait intérêt à ce que soit énoncée plus clairement l'organisation de ces dispositifs.

A 6 : Un déficit réciproque du « travailler ensemble »

Lorsqu'une collaboration s'installe entre les équipes, on constate qu'une longue période est dévolue à savoir travailler ensemble. Dans les entreprises, ce savoir travailler ensemble est la base de la réussite car dans les formations initiales cela a été repéré comme un objectif indispensable de la formation. Pour ce faire, il convient de connaître la manière de travailler de l'autre, quels sont ses objectifs, ses missions.

Ainsi, les rôles de chacun sont définis, les chevauchements disparaissent et la confiance s'installe entre les acteurs qui agissent tous exclusivement dans leur champ de compétence.

A 7 : Un déficit commun de recours aux autres acteurs de la société

Les acteurs sociaux et ceux de la santé mentale sous-estiment grandement l'aide que pourrai leur apporter dans leur travail les autres acteurs de la société. Beaucoup d'autres acteurs peuvent aider à surmonter les désavantages induits par la pathologie mentale, la précarité et l'exclusion.

La santé mentale, la précarité et l'exclusion sont l'affaire de tous : les collectivités territoriales, le dispositif associatif, les entrepreneurs, les politiques. Ils ont souvent des solutions qu'ils ne proposent pas et que l'on ne sollicite pas.

A 8 : Une souffrance psychique commune des acteurs

Dans l'exercice de leur travail, les acteurs des deux champs sont confrontés à des difficultés qu'ils ne peuvent résoudre seuls. La souffrance et le désarroi des acteurs sont patents. Le travail social dit ne pas pouvoir être efficace à cause des pathologies rencontrées chez les personnes qu'ils rencontrent. Inversement, les psychiatres se disent limités dans les soins par les difficultés sociales. Cette expérience des limitations conduit à douter de son propre travail et à se replier sur le noyau dur de son champ.

C'est dans cet interstice que les associations vont trouver un dynamisme, c'est dans la constatation de ce repli réciproque qu'elles ont tenté d'inscrire une action plus globale prenant en compte l'ensemble des besoins et attentes des personnes. Mais ce dynamisme s'est trouvé confronté aux mêmes difficultés et a conduit à un certain désenchantement et à la souffrance des acteurs associatifs.

A 9 : Un déficit d'analyse des besoins et attentes des personnes en situation de précarité et d'exclusion

En France, jusque dans les années 1992, les éléments de référence sur l'état sanitaire des populations à la rue ne sont représentés que par des rapports d'activité

plus ou moins confidentiels de consultations de précarité portant sur de toutes petites séries ou sur des appréciations très approximatives de « spécialistes » médicaux travaillant auprès de personnes SDF. En terme de recherches, les études épidémiologiques, lorsqu'elles existent, portent sur de petites séries et sont souvent à diffusion restreinte. Les points de convergence, fruits d'expériences ou de travaux plus formalisés ne peuvent être examinés car parfaitement dissemblables, tant dans les outils de recueil et les méthodologies, que dans les objectifs de travail. Un travail critique de bibliographie en annexe développe ce point particulier.

B) PRECONISATIONS

B 1 : Connaître le champ de compétence de chacun

Dès la formation initiale, il convient que les différents acteurs puissent avoir une connaissance de ce qui est le champs de la psychiatrie pour les uns et du travail social pour les autres. Il convient que lors des rencontres interdisciplinaires ces champs soient précisés et confrontés.

B 2 : Promouvoir une collaboration et une articulation entre les équipes

L'affirmation de la nécessité d'une collaboration entre la psychiatrie et l'intervention sociale est plus souvent énoncée que réalisée. C'est pourquoi dans le chapitre VI de ce rapport nous proposons la création de réseaux de santé mentale-précarité reconnus et institutionnalisés

Mais cela passe d'abord par une volonté des équipes, basée sur la reconnaissance des besoins des personnes, de travailler ensemble sur un plan d'égalité dans la diversité.

Ceci requiert plusieurs conditions :

- Savoir expliquer les objectifs, les missions de chaque discipline.
- Confronter les actions à partir de cas cliniques
- Préciser les besoins et attentes des personnes prises en charge
- Enoncer les compétences de chacun
- Faire une évaluation globale, multidisciplinaire

- Préciser les objectifs à atteindre pour chaque cas clinique
- Préciser les tâches de chacun
- Définir les articulations entre les acteurs et leurs actions
- Préciser les moyens dont on dispose pour atteindre ces objectifs
- Vérifier si ces objectifs ont été atteints ou non
- S'assurer que ce projet de prise en charge est compatible avec les besoins et attentes des personnes et leurs compétences. Le projet est-il acceptable par les personnes à qui on le propose ?

B 3 : Mieux connaître les références théoriques et les pratiques de ses partenaires

Cela veut dire qu'à chaque fois il faut expliquer pourquoi une action est entreprise et comment elle le sera, sur quelle base elle sera réalisée.

B 4 : Mieux connaître les dispositifs utilisés et simplifier leur organisation

Ceci est indispensable pour ne pas sous ou surestimer leur fonctionnement, pour triompher de leur complexité. Si les acteurs méconnaissent les organisations de leurs dispositifs réciproques comment peut-on espérer que les personnes puissent les identifier et les utiliser ?

B 5 : Mieux prendre en charge la souffrance des acteurs

Chacun se trouvera confronté à ses réussites et à ses limites. Chacun pourra savoir de quelle aide il pourra bénéficier.

B 6 : Interpeller et utiliser les autres acteurs de la société

B 7 : Promouvoir une recherche sur l'ensemble des problématiques

Cette recherche portera sur les différents thèmes :

- L'importance de la population concernée présentant des problèmes de santé, de santé mentale
- L'analyse des différentes problématiques psychopathologiques
- Les précisions des relations entre santé, exclusion et précarité
- L'analyse des pratiques

- L'analyse des différents types de collaboration entre les acteurs
- L'analyse du fonctionnement des dispositifs et particulièrement les relations entre le secteur public et le secteur associatif
- La construction d'un observatoire des pratiques
- L'analyse des coûts induits
- L'analyse des représentations qu'à cette population d'elle-même

B 8 : Mieux articuler les chaînes sanitaires et sociales

Au-delà de la nécessité d'articuler les chaînes sanitaires et sociales, des modifications à l'intérieur des chaînes devraient être apportées :

Dans le cadre des S.A.U. (Services d'Accueil des Urgences) le dispositif social existant devrait être renforcé et dans le même objectif d'accueillir et de répondre aux besoins médico-sociaux certains secteurs de psychiatrie pénalisés par la réduction des lits et par les besoins plus prolongés des soins des personnes en situation d'exclusion et de précarité devraient pouvoir inclure ces besoins dans le projet de service.

Nous manquons cruellement de solutions post-hospitalisation : un ensemble de situations alternatives doit être mis en place par unité territoriale : lits pour convalescents, lits infirmiers, appartements thérapeutiques

De la même manière la chaîne sociale doit être articulée et diversifiée compte tenu de l'hétérogénéité des besoins de cette population d'une part et d'autre part de la variabilité dans le temps des besoins chez une même personne. Depuis longtemps, on insiste sur le besoin d'un hébergement d'urgence susceptible de déboucher sur un hébergement durable.

Dans les différentes variétés d'hébergement, il faudrait pouvoir disposer de foyers de post-cure, de foyers de vie, de résidences sociales, de maisons relais ou communautaires. Toute une filière à gradient d'intervention variable est nécessaire. Encore faut-il que comme dans les C.H.R.S. les soins y soient rendus possibles avec des configurations variables : prestation externe ou collaboration institutionnalisée entre les institutions sanitaires et sociales.

Trois principes doivent permettre de coordonner le système :

- Identifier et diversifier les chaînes sanitaires et sociales
- Rendre possible les prestations sociales et sanitaires dans les différentes structures de manière croisée
- Articuler les objectifs et les missions des deux chaînes mais aussi à l'intérieur de chaque chaîne.

Devant ces difficultés de coordination entre les deux chaînes, une autre solution pourrait être représentée par une sous-spécification exclusion-précarité de certains maillons de la chaîne comme le font certains C.H.R.S. De toute façon, une équipe d'animation, de coordination et d'action est nécessaire.

- VI – FORMALISATION D'UNE POLITIQUE : LES RECOMMANDATIONS

Au terme des travaux du groupe de travail, nous proposons de formaliser un certain nombre de propositions concernant la mise en place de dispositif santé mentale et précarité :

A) MISE EN PLACE D'UN « RESEAU SANTE MENTALE- PRECARITE » (RSMP)

Ce réseau doit s'appuyer sur un élément central et fédérateur : **L'équipe mobile de santé mentale pour personnes précarisées (EMSMPP)**

A1 : Une structure départementale intégrée dans les dispositifs existants

Créé dans chaque département, ce réseau s'intégrera pleinement :

Au plan régional :

- dans les priorités du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- dans le schéma régional d'organisation sanitaire de la psychiatrie (SROS psy), lequel se doit d'identifier les zones prioritaires à desservir au titre de la santé mentale des exclus

Au plan départemental :

- dans le volet « hébergement et réadaptation sociale » du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS)
- dans le programme départemental d'insertion (PDI)
- dans le dispositif hospitalier et ambulatoire de santé mentale
- dans le dispositif d'organisation des SAU et de réponse aux besoins d'urgence géré par la médecine libérale

Le réseau départemental se dote d'une tête de réseau (EPS, CHRS, association autonome, le cas échéant un CCAS, etc), identifie les partenaires adhérents, leurs contributions respectives, l'organisation de conventions de partenariat.

A2 : Les trois fonctions :

- **Une action directe auprès des personnes précarisées** : participation à la régulation du 115, activité en milieu ouvert : actions de rue, travail au sein du SAMU social, etc. Une activité de liaison au sein des dispositifs non sanitaires de la lutte contre l'exclusion. Une activité de relais : préparation à des prises en charge spécialisées (secteur psychiatrique, consultations externes hospitalières, PASS hospitalière...).
- **une action de formation** auprès des professionnels sociaux polyvalents et spécialisés.
- **une action de dynamisation du réseau** et de stimulation des institutions et des décideurs.

A3 : La composition de l'équipe :

Sous l'égide d'un coordonnateur le réseau comprend cinq ou six personnes : psychologue, infirmier psychiatrique, éducateur spécialisé, assistant social, secrétaire médico-sociale, sans oublier un temps partiel de médecin, psychiatre de préférence, ou à défaut généraliste.

A4 : La personne morale gestionnaire : la tête de réseau

- lorsque la tête de réseau est un établissement de santé (de préférence gérant plusieurs secteurs de psychiatrie), l'équipe mobile devra être intersectorielle.
- lorsque la tête de réseau est un CHRS, l'équipe mobile ne se contente pas d'exercer son activité au sein du CHRS gestionnaire mais doit irriguer le réseau de prestations correspondant aux trois fonctions mentionnées au 1°.
- la tête de réseau, selon les opportunités, peut être un CCAS, un établissement public autonome, une association...

A5 : Le financement du dispositif : sources et modes d'organisation

Quatre sources de financement sont possibles :

- La contribution de la psychiatrie publique (notamment lorsqu'elle est tête de réseau)

- Les redéploiements dégagés par les ARH à l'occasion des restructurations hospitalières
 - La contribution du PRAPS au titre de l'aide au fonctionnement de l'équipe (chapitre 47-11, article...)
 - L'inclusion du RSMP et de l'EMSMPP au sein de réseaux de santé relevant de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et dont le financement relève des articles L. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale. Ces articles ont créé au sein de l'ONDAM à partir de 2002 une enveloppe financière spécifiquement dédiée aux réseaux (enveloppe doublement mixte : médecine de vie - établissements de santé publics et privés d'une part, champ sanitaire et médico-social d'autre part).

L'enveloppe réseau dans le PLFSS 2004 doit pouvoir bénéficier d'une mesure nouvelle fléchée sur le thème « santé mentale et précarité », laquelle constituerait la principale source de financement des constituants de l'équipe mobile.

A6 : L'organisation d'un appel d'offre

Il est proposé, sur la base d'une circulaire d'orientation « santé mentale et précarité », décrivant notamment la place et le rôle des RSMP et des EMSMPP au sein de notre dispositif sanitaire, médico-social et social, de définir un cahier des charges que devraient respecter les réseaux départementaux et équipes mobiles pour bénéficier d'un financement au titre du PLFSS. Ce plan pourrait revêtir la forme d'un plan pluriannuel sur trois à cinq ans et être au départ géré au niveau national afin de vérifier la mobilisation un co-financements mentionnés aux a), b) et c) du 1°, et réaliser des implantations dans les sites jugés prioritaires. Il respectera le principe de ne pas confier la gestion du dispositif à une seule catégorie de personne morale mais savoir saisir les opportunités en matière d'opérateurs volontaires, publics ou privés, se proposant sur le terrain, en réponse à l'appel d'offre. (voir en annexe 2 l'évaluation financière de la création de 20 équipes mobiles).

B) MISE EN PLACE DE LITS A ORIENTATION PSYCHO-SOCIALE

B1 : Le concept théorique

Le recueil des patients SDF par les SAMU Sociaux et les autres systèmes de ramassage sur la voie publique ou dans les transports a fait prendre conscience qu'un grand nombre de personnes présentent des problèmes psychosociaux qui ne sont pas pris en compte par l'hôpital parce qu'ils ne sont pas perçus et souvent à juste titre, par l'institution comme des états nécessitant d'être traités par ses structures. Tous les professionnels de premier niveau (médecins somaticiens, infirmières, travailleurs sociaux) rencontrent des personnes connues comme « psychiatriques » dont l'état se dégrade en raison d'une rupture de soins (rupture de prise en charge, rupture thérapeutique). Le suivi dans des structures ambulatoires de ces patients désocialisés n'est pas adapté. Le seul choix souvent laissé à ces professionnels est d'attendre une dégradation patente avec un passage à l'acte justifiant alors une admission hospitalière en urgence. Dans d'autres cas, une adaptation thérapeutique, une reprise de traitement, une phase de mise au repos avec une observation de quelques jours permettent souvent d'orienter et de prendre en charge correctement des patients en dehors de toute décision précipitée nécessitée par un état de crise suraiguë.

En 1993, des lits d'infirmerie somatiques ont été mis en place. Dans des centres spécifiques, il est possible de recevoir des soins infirmiers, de consulter un médecin ou une assistante sociale tout en étant hébergé le temps nécessaire à la guérison. Des personnes « présentant des pathologies trop graves pour rester dans la rue mais pas assez graves pour nécessiter une hospitalisation » y sont admises sur prescription médicale.

Une étude réalisée en 1994 dans un des centres infirmiers a montré que pour 160 personnes admises, une économie de 435 journées d'hospitalisation a été réalisée. Il ne s'agit pas de patients dont l'hospitalisation était nécessaire et qui ne l'ont pas été ce qui serait éthiquement inacceptable, mais justement de situations où l'hospitalisation n'aurait été proposée que pour des raisons humanitaires ce qui économiquement était un non-sens. Dans ces lits, une consultation médicale est ouverte tous les jours. Du personnel soignant est présent jour et nuit 365j/365.

Il ne s'agit pas de lits d'hospitalisation au « rabais » pour pauvres pas plus que des lits de soins de suite, de long séjour, de soins palliatifs ou de rééducation pour SDF. Il ne s'agit pas non plus de lits « Porte » destinés aux malades SDF.

Les lits fonctionnent en réseau d'où l'importance de maintenir les liens entre les différents services hospitaliers, en particulier les urgences et les services du secteur psychiatrique. Ils ne représentent pas un système isolé. Ces lits doivent être dans un environnement hospitalier. Que ce soit pour des raisons médicales et de sécurité sanitaire, pour des raisons économiques ou pour des raisons de sécurité primaire. Ces patients sont des patients présentant des problématiques complexes chez qui les conditions de vie à la rue, le retard à l'accès aux soins, les questions d'hygiène et de souffrance psychique et la prévalence considérable des comportements addictifs nécessitent des compétences spécialisées pour des situations cliniques qui évoluent parfois très rapidement (état de mal comitial, pancréatite aiguë, etc.)

Comme le souligne un rapport IGAS en 2001 ¹¹, le développement des Centres d'Hébergement d'Urgence avec Soins Infirmiers représente une offre de soins nouvelle pour les personnes à la rue. Avec un recul de 9 ans, on peut considérer que ces dispositifs ont fait la preuve de leur efficacité et doivent quitter leur caractère expérimental pour être pérennisés et étendus. Le rapport relève un impact positif de ces lits sur l'état de santé des ces personnes très désocialisées.

Au vu de cette expérience positive concernant les lits de prise en charge de problèmes somatiques, nous proposons dans un premier temps de créer 150 places de lits de soins infirmiers avec hébergement à orientation psychosociale ayant vocation de réaliser un accueil, une observation et une réhabilitation thérapeutique de patients psychiatriques très désocialisés.

B2 : Le fonctionnement

A l'image des lits infirmiers somatiques, ces lits fonctionneront avec des personnels soignants présents jour et nuit. Une consultation spécialisée permettra la prise en charge médicalisée de ces patients.

11 - de La Bretèche L. Guillemot B. et Soutou P. *Contrôle du SAMU Social de Paris*, Rapport IGAS n°2000.150, Mars 2001

La présence de travailleurs sociaux permettra de prendre en compte dans le même temps leur problématique sociale. Une charte de fonctionnement devra préciser les modalités de fonctionnement, d'entrée et de sortie de ces dispositifs.

B3 : Le financement

Une procédure d'harmonisation des financements des lits d'hébergements avec soins infirmiers somatiques est en cours. Il importe que le financement de ces lits psychosociaux soit en cohérence avec cette harmonisation.

Un des financements possible est représenté par la mise en place de conventions avec les caisses d'assurance maladie sur la base de celle qui existe entre l'assurance maladie et le SAMU Social de Paris. Une évaluation récente a montré que pour les lits infirmiers de Paris, le coût journalier à la place s'élevait à 57,4 euros par jour pour l'année 2000.

C) INTEGRATION DANS LE PROGRAMME MAISON-RELAIS

La secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion a mis en place un programme de création de 1000 places par an de maisons relais sur 5 ans circulaire n° 2002-595 du 10 décembre 2002 (voir en annexe). « Cette modalité particulière de résidence sociale a pour but d'engager le développement d'une offre alternative de logement durable pour les personnes en situation de grande exclusion. Elle doit leur permettre une réadaptation à la vie sociale dans un environnement social et convivial, dans la perspective de leur faire retrouver tous les aspects de la citoyenneté. Il s'agit de répondre aux besoins de personnes qui, sans nécessiter un accompagnement social lourd, ne peuvent du fait de leur isolement social et affectif trouver immédiatement un équilibre de vie dans un logement individuel autonome ».

Si la circulaire insiste sur la nécessité de mixité des personnes accueillies en fonction de leurs problématiques et s'il ne s'agit pas de recommander la mise en place de maisons relais exclusivement à orientation psychosociale néanmoins, les maisons relais représentent un nouvel outil très important dans la prise en charge de

personnes en situation de précarité et d'exclusion présentant une souffrance psychique.

La mise en place de partenariat avec les secteurs et inter-secteurs psychiatriques évoquée dans la circulaire est un point fondamental.

Certaines maisons relais mises en place en 2003, ont passé convention avec le secteur psychiatrique. Le premier bilan effectué montre, entre autre, le bénéfice en terme d'accès aux soins représenté par la possibilité de suivi, en particulier par le CMP de secteur de ces personnes stabilisées en terme de logement.

D) DEVELOPPER LES TRAVAUX DE RECHERCHE CLINIQUE DANS CETTE POPULATION

Il existe un déficit patent de connaissances scientifiques concernant ces populations, il est vrai difficiles, à inclure dans des projets de recherche. Nous manquons de réelles connaissances concernant :

- La connaissance de leurs besoins
- La connaissance de leurs pathologies et de leurs retentissements en terme de santé publique
- Les formes et les expressions de la pathologie mentale dans ces populations exclues ou précaires
- Les organisations institutionnelles et les pratiques institutionnelles
- L'évaluation des dispositifs existants ou mis en place

Le projet de loi de santé publique pointe bien dans un de ces objectifs concernant la précarité combien le déficit en connaissance est grand dans cette population alors même qu'on peut présumer qu'il existe une grande inégalité en terme d'espérance de vie entre ces populations et la population générale.

L'Observatoire National de Lutte contre les Exclusions pourrait être l'élément central regroupant l'ensemble des travaux cliniques et épidémiologiques réalisés par l'ensemble des structures de recherche et de surveillance en terme de santé publique : INVS, INSERM, CNRS, DREES, INED, ENSP-ORSPERE, etc.

E) DEVELOPPER LES ACTIVITES DE SOUTIEN ET DE FORMATION AUPRES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES ACTEURS DE LA SANTE MENTALE

Lors des rencontres effectuées sur l'ensemble du Territoire National à l'occasion des déplacements de Mme la secrétaire d'Etat, tous les acteurs de terrain ont mis l'accent sur cette nécessité impérieuse de soutien et de formation. Cette activité de soutien et de formation doit être mise en place dans les Instituts de formation qu'ils soient sanitaires ou sociaux. Elle doit également être mise en place dans la formation continue des acteurs. Enfin, elle doit se manifester au plus près du terrain en soutien des équipes, lors de réunions de synthèse surtout lorsqu'ils concernent des questions difficiles.

Ces activités de soutien aux équipes et de formations doivent être financées par des crédits PRAPS.

F) RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES DANS LES POPULATIONS EXCLUES OU PRECAIRES

Les conduites addictives sont plus souvent rencontrées dans la population en situation de précarité ou d'exclusion que dans les autres parties de la population Française. Elles sont plus souvent accompagnées de dommages sanitaires et sociaux et ceux-ci revêtent une gravité plus grande. Une surmortalité est constatée dans cette population. Leur prise en charge est beaucoup plus tardive et d'une efficacité moindre compte tenu des aléas de la prise en charge, des troubles associés et malheureusement du rejet des structures d'addictologie.

On relève quatre déficits :

- Les conduites addictives apparaissent si banales chez les exclus et les précaires, à un point tel que les intervenants ne les considèrent plus comme des objectifs de soins mais simplement comme une gêne pour la prise en charge. Il convient donc de sensibiliser les intervenants sociaux à prendre en compte non seulement la dépendance aux substances psychoactives mais aussi à l'usage nocif.

Pour ce faire, des outils simples sont disponibles pour aider au repérage et à l'identification de l'abus et de la dépendance. Il convient donc d'articuler la prise en charge addictologique et sociale.

- Les conduites addictives sont souvent considérées comme la conséquence de la précarité et de l'exclusion. elles sont censées disparaître avec la fin de la précarité et de l'exclusion. ceci est faux. Il convient donc de convaincre les intervenants sociaux de la nécessité de leur prise en charge comme telle, nécessitant une coordination entre addictologues et intervenants sociaux.

- L'exclusion et la précarité sont considérées comme les conséquences des conduites addictives. Les intervenants sociaux et les addictologues se renvoient ces patients qui souvent s'excluent des programmes sanitaires et sociaux du fait de la mésentente des deux dispositifs où ils ne se sentent pas accueillis. Cependant, certains programmes médico-sociaux ont été mis en place pour cette population, nécessitant des interventions concertées mais de plus une hospitalisation et des soins ambulatoires plus longs. Certains CHRS ont développé une compétence spécifique pour cette population.

- Pour les conduites addictives aux substances illicites, la dimension pénale, l'incarcération viennent s'ajouter. L'articulation avec le dispositif pénitentiaire et post pénal est difficile. Une action dans les centres d'hébergement post-pénal a un double but : limiter l'exclusion et prendre en charge les conduites addictives.

Les différentes conceptions que l'on a des relations entre conduites addictives, précarité et exclusion font que soit on néglige les uns soit on néglige les autres. Changer les attitudes est nécessaire. Les exclus et les précaires sont considérés comme non compliant avec les programmes de soins en addictologie, ceci n'est pas obligatoirement vrai. Il convient d'en convaincre les addictologues.

Les exclus et les précaires doivent être pris en charge spécifiquement pour leurs conduites addictives, il faut en convaincre les intervenants sociaux.

CONCLUSION

Les personnes en situation d'exclusion et de précarité provoquent l'apparition d'une nouvelle figure du sujet.

Nous demandons actuellement à chaque citoyen de trouver son plein épanouissement personnel et social, d'agir et de s'impliquer en prenant des responsabilités liées à son statut, d'être performant et plein d'initiatives, de contribuer au développement de la société. Il y a là une proposition faite à chacun d'être compétent et en de multiples domaines d'une part et de savoir surmonter et tirer profit des difficultés, des conflits et de l'adversité. une grande flexibilité est exigée de chacun.

Ceci est d'autant plus difficile à réaliser que la complexité du monde est mise en avant et que les solidarités viennent de plus en plus à manquer.

On insiste beaucoup sur les compétences bio-psycho-sociales qui se construisent lentement au cours du développement de la personnalité. On insiste sur la place de l'éducation à être, en opposition à l'éducation des savoirs, mais en même temps, on assiste à une crise des objectifs et des méthodes quant à cette éducation protéiforme.

On comprend bien que, face à ces exigences, certains ne puissent y répondre et que d'autres ne puissent y faire face dans certaines circonstances.

Face à leurs difficultés on propose à ces personnes le « modèle aliéniste » de la pathologie mentale et de la souffrance psychique. Le soin conduirait à remettre le sujet souffrant dans une situation de citoyen capable et moderne.

On propose aussi un modèle protectionniste d'où le développement d'un état social qui prendrait en charge les personnes en difficulté et qui irait même faire à leur place pour eux ce qu'ils devraient faire. Le modèle est celui de l'assistance qui subvient aux besoins des personnes, les stigmatisant et les laissant dans un état de dépendance que l'on espère heureux.

On peut aussi proposer un modèle réparateur qui restaurera la compétence ou provoquerait leur mise en place si cela n'avait pas été le cas antérieurement. Ce modèle est alors un modèle « orthopédique », décidé par la société et mis en acte par des acteurs spécialisés.

Un autre modèle plus positif a été récemment proposé : C'est un modèle d'activation des ressources et des compétences. Retrouver, rendre plus actives les ressources et les compétences, les faire évoluer pour les rendre plus performantes ; tels sont les objectifs que se donnent ce modèle d'activation.

Suivant le modèle choisi, il faudra mettre en place des dispositifs et des pratiques différents, fixer des objectifs et mettre en place des évaluations spécifiques.

Ceci donne lieu à des configurations variables des politiques publiques. La cohabitation de ces modèles donne un aspect flou et provoque l'incohérence et le gâchis. Si cette cohabitation de modèles apparaît nécessaire, il convient qu'à chaque fois que des actions, des programmes, des politiques sont mises en place, on fasse référence absolument au modèle utilisé. Les politiques publiques deviendront alors plus compréhensibles et probablement plus efficaces

Cette cohabitation des modèles semble nécessaire parce que l'on se doit de répondre à une grande hétérogénéité des besoins et attentes des populations. Pour les personnes en situation d'exclusion et de précarité, réduire et faire disparaître ces modes de vie ne suffit pas, d'autres objectifs sont nécessaires car d'autres besoins sont présents dans cette population.

Cependant, il faut réfléchir à la validité et à l'utilité de ces modèles en terme de finalité. S'agit-il de réparer les carences, les souffrances, les pathologies, les insuffisances de réponses aux exigences, la sous-performance, la rupture des liens, la cruauté de la vie, le malmenage social et économique ? S'agit-il de soutenir, d'aider, d'accompagner les personnes dans l'incapacité et le dommage pour l'aider à devenir capable d'être « autonome », plus adapté, plus responsable, plus participatif, plus adaptable, plus actif, plus créateur et à s'inscrire dans le bien-être et le mieux-être.

Le thème de la souffrance psychique, celui de la précarité et de l'exclusion, celui de la santé mentale, celui de la santé, celui de l'adaptation sociale sont des thèmes à propos desquels ces questions se posent de manière emblématique.

Une politique en ce domaine repose tout autant sur la tentative de répondre aux besoins et attentes que sur l'idée que l'on se fait de l'homme et de la société. Cela donne du sens aux politiques pensées et mises en place.

Ceci se fait dans un cadre historique donné qui est marqué par un changement radical. Nous vivons dans une crise collective de la confiance ; c'est l'échec de l'optimisme ; autrefois, nous avons une croyance forte en l'amélioration du monde et des sociétés à partir des progrès des savoirs. Cette rupture dans notre croyance dans la constance des progrès et de l'éthique nous donne un sentiment d'insécurité quant au futur. Le retentissement individuel de cette crise des croyances est patent, il s'inscrit dans le cadre de ce malmenage collectif. La crise de l'intériorité est provoquée par ce qui est extérieur au sujet.

Autrefois, le bonheur était recherché, actuellement on se demande si on va pouvoir éviter le malheur. Ceci nous conduit à la tristesse, au dépit, à l'anxiété et à la souffrance ce qui nous empêche de rebondir, de créer, d'inventer. nous faisons l'expérience du dépassement et de l'impuissance.

Ceci nous conduit à attendre plus et exclusivement de l'extérieur que de ce qui se trouve en nous. La souffrance psychique illustre bien cette problématique. Les réponses que nous lui apportons disent l'idée que nous nous faisons de l'homme et de la société.