

I - INTRODUCTION

- 1) *Rappel de la mission*
- 2) *Le Groupe*
- 3) *Rencontres et rapports sur les divers thèmes*

II - SITUATION ACTUELLE

- 1) *Mythe du SDF*
- 2) *Les études*

III - VARIATIONS SELON LES SITES D'IMPLANTATION DES SECTEURS

- 1) *Hôpital Général*
- 2) *Les Centres hospitaliers spécialisés*
- 3) *Secteurs ruraux*
- 4) *Secteurs urbains*
- 5) *Banlieues*

IV - DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

- A) *Difficultés liées aux troubles psychiatriques et aux modes d'intervention*
- 1 - *Les aspects cliniques*
 - Errances et dépendances*
 - Urgences*
 - Enfants-adolescents*
 - 2 - *Les aspects thérapeutiques actuels*
- B) *Difficultés liées aux aspects organisationnels*

V - OBJECTIFS

- 1) *Prévention*
- 2) *Hospitalisations*
- 3) *Traitements ambulatoires*
- 4) *Les dépendances*
- 5) *Suivi extra hospitalier : réseau*
- 6) *Aspect social : intégration*

VI - PROPOSITIONS

A - Les Logiques

- 1) *Logique adaptée au site et à son volume d'activité*
- 2) *Logique de réseau entre tous les partenaires du site*
- 3) *Logique de projet de soins individualisés*
- 4) *Logique de prévention*

B - Les Développements

- 1) *Quelques propositions générales*
- 2) *Quelques propositions pour la prévention*
- 3) *Quelques propositions pour l'hébergement*
- 4) *Quelques propositions pour les dépendances*
- 5) *Quelques propositions pour les adolescents*

C - Les Moyens

D - Les Instances

- 1) *Au niveau de l'établissement*
- 2) *Au niveau du département*
- 3) *Au niveau de la région*
- 4) *Au niveau national*

1) Rappel de la mission

A la demande de Monsieur Xavier EMMANUELLI, Secrétaire d'État à l'Action Humanitaire d'Urgence, s'est réuni un Groupe de Travail "Psychiatrie et Grande Exclusion", afin de faire des propositions pour améliorer la prise en charge, par les équipes de secteur psychiatrique, des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiatriques.

2) Le Groupe

Sous la direction initiale de Monsieur Cyril ROGER-LACAN puis ensuite et surtout de Madame le Docteur Catherine PATRIS, conseiller, le groupe était composé des membres suivants :

- Monsieur le Docteur Bernard ANTONIOL, secteur de Bordeaux,
- Monsieur le Docteur Maurice BEREAU, inter secteur des Hauts de Seine
- Monsieur le Docteur Marcel CZERMAK, secteur de Parts,
- Monsieur le Docteur Jean Pierre MARTIN, secteur de Parts,
- Monsieur le Docteur Alain MERCUEL, secteur de Paris,
- Monsieur le Docteur Michel MINARD, secteur de Dax,
- Monsieur le Docteur Eric PIEL, secteur du Val de Marne.

Ont également participé à ce groupe de travail : Madame le Docteur PENCIOLELLI (DGS), Monsieur JANCOVICI (DAS), ainsi que la DH. Nous remercions les nombreuses personnes qui, à l'une ou l'autre réunion, nous ont fait part de leurs expériences et nous ont apporté leurs réflexions.

3) Rencontres et rapports sur les divers thèmes

Le travail s'est structuré en réunions régulières, à partir de la mi-septembre 1995, consacrées à :

- la lecture critique de la documentation disponible,
- les problèmes spécifiques des jeunes en errance,
- la prise en charge des dépendances,
- les réseaux de prise en charge : les centres d'accueil et d'hébergement d'urgence et les centres de soins, les urgences hospitalières,
- la prévention de l'exclusion chez les malades mentaux et des pathologies mentales chez les exclus.

Des comptes-rendus ont été rédigés après chaque réunion et sur certains thèmes particuliers (situation générale du problème dans ses dimensions politiques, sociales et psychiatriques, errances et dépendances, prévention, hospitalisation en psychiatrie, accès aux soins psychiatriques pour les SDF, nécessité des réseaux) chaque membre du groupe a rédigé un rapport d'étape repris par le groupe lors de la réunion suivante.

Enfin, issu des discussions en réunion, des rapports d'étape et comportant des propositions concrètes, un texte a été discuté par tous les membres du groupe avant la rédaction définitive.

II - SITUATION ACTUELLE

1) Mythe du SDF

L'intitulé "grande exclusion et psychiatrie" rappelle que les psychoses enseignent au psychiatre des faits qui sont électivement ségrégatifs, tant cliniquement que socialement, et qu'il n'y a d'inconscient privé qui ne soit simultanément social. On sait comment, en matière de psychose, la paranoïa ou plus exactement le champ paranoïaque des psychoses, occupe une place centrale : le sujet y tient la place de l'objet à éliminer ou transforme l'autre en cet objet qui l'infecte et doit être éliminé à son tour.

La plus grande fréquence actuelle de ces réactions, si elle est avérée (ce qui paraît suffisamment attesté) semble participer d'une actualité elle-même paranoïaque et certains n'hésitent pas à parler de psychose sociale sans en faire un terme figuré. Nous pouvons en voir les symptômes, d'une part dans la montée des nationalismes, sectarismes, intégrismes religieux et autres ségrégations qui font se resserrer les citoyens, incertains des fondements de leur légitimité, sur l'affirmation d'une identité que la logique démontre ne pouvoir s'affirmer que d'une exclusion, et, d'autre part, dans la prolifération des textes législatifs, réglementaires, etc.... qui signe l'échec d'une loi symbolique assurant tant bien que mal, au sujet, une relation pacifiée à son semblable.

A ces symptômes peuvent être corrélés deux grands phénomènes contemporains :

1) l'universalisation des échanges (d'hommes y compris) selon les lois réelles du marché. "Vendez-vous" est le nouveau mot d'ordre transculturel, à quoi peut faire retour un malsonnant "vendu". Dans ce discours de l'économie moderne, que ne fonde aucune limitation symbolique, chaque sujet peut faire l'épreuve de ce à quoi il se réduit. S'estimant exclu du champ de la jouissance commune, ou lésé dans sa répartition, il l'éprouvera comme xénopathique.

2) l'extension d'un discours valorisant la science porte à espérer dans les vertus d'une langue idéale, sans équivoque. Espoir dans une science dont la passion viendrait à bout de la contingence.

Quoiqu'il en soit la pratique quotidienne impose la dénonciation des clichés accrochés aux basques des personnes en situation d'exclusion : ils seraient tous des incapables, des "profiteurs", ou à l'inverse, tous des malades mentaux abandonnés par les professionnels de la psychiatrie, "jamais soignés". Ils seraient un ensemble indifférencié et indifférenciable, monolithique. Il n'y aurait qu'une réalité pour décrire ces adultes, ces adolescents, ces hommes et ces femmes, ces mères avec leurs enfants, ces immigrés de tous pays, de première ou deuxième génération... En résumé il n'y aurait pas de sujet dans cette population.

2) Les études

Des différents travaux et enquêtes relatifs aux liens entre exclusion et santé mentale il ressort que, sans vouloir psychiatriser la misère, il existe d'une part une réelle souffrance psychique, voire psychiatrique, chez les personnes en grande précarité et, d'autre part, une demande claire des travailleurs sociaux face à cette souffrance, qui pourrait se résumer à : "aidez nous à aider, franchissez les frontières qui séparent le sanitaire et le social et créons ensemble des passerelles".

Mais les causes de l'exclusion étant directement ou indirectement liées à la crise économique, c'est un truisme d'affirmer que la seule prévention primaire efficace ne peut-être que d'ordre politique.

Et c'est un paradoxe relatif que de demander aux équipes de psychiatrie publique de pallier au phénomène d'exclusion dû à la crise économique et à ses conséquences dans le domaine de la santé mentale lorsque, leurs moyens s'amenuisant progressivement du fait de ladite crise économique, elles contribuent pour partie à ce phénomène d'exclusion en renvoyant des problèmes d'ordre pathologique dans le secteur social. On sait bien les effets de clochardisation progressive des malades mentaux - particulièrement des schizophrènes - qu'a entraîné la désinstitutionnalisation "sauvage", sans préparation préalable, aux États-Unis et en Italie.

De par les textes en vigueur, la prévention et la prise en charge des problèmes psychiques de l'ensemble de la population géographiquement concernée ainsi que l'insertion des malades mentaux, sont inscrites dans les missions du secteur psychiatrique. Les outils créés par les équipes soignantes répondent aux demandes et aux besoins d'environ 80% de la population des secteurs. Mais ils sont mal adaptés, trop isolés, trop fermés, trop compliqués pour être accessibles, pour que la relation soignante s'installe et se développe et pour parvenir à restaurer le lien social qui fait défaut notamment dans les situations de grande précarité et d'exclusion. La "proximité", qui fonde le concept de la sectorisation, leur est bien souvent inaccessible.

Le secteur se doit pourtant de répondre à la demande qui lui est faite, tant auprès des professionnels que des usagers dont il a la charge. Mais dans quelle mesure les interventions psychiatriques doivent-elles participer au maintien de l'ordre social voire aux préoccupations de police ? Et comment proposer un soin, sa continuité et une insertion sociale dans le même temps ?

Une réforme hospitalière, la 4ème du nom, se prépare et " ... l'objectif (en) est une meilleure adaptation des structures d'hospitalisation aux besoins des Français". Avant d'aller plus loin il serait peut-être utile de pointer que cette réforme semble ne concerner que les Français ... et de rappeler également qu'on ne peut restreindre les soins à l'hospitalisation qui, par ailleurs, ne constitue pas le problème essentiel des soins aux personnes en situation de grande exclusion.

Qu'ils soient démunis, errants, itinérants, SDF, RMistes, deux catégories de personnes peuvent être repérées de façon volontairement caricaturale dans cette population hétérogène, changeante, évolutive :

- les patients psychotiques*
- les "autres"*

Les premiers peuvent s'écarter des systèmes de soins et tenter de rechercher un équilibre dans une clochardisation.

Les seconds courent deux risques opposés :

- être "psychiatrisés" alors qu'ils n'ont pas à l'être; il s'agirait de personnes ne présentant que des problèmes sociaux (hébergement pur, couverture sociale, ...). On peut craindre alors un épandage d'antidépresseur et d'anxiolytiques sur une population d'exclus afin qu'ils arborent un sourire et un regard "socialement corrects". Cet extrême conduit au discours véhiculé par un nombre grandissant d'intervenants autour de l'exclusion et traduit par le Lampadaire N° 46 : " Ils nous rendent fous " (annexe 1).

- l'autre risque serait de ne pas traiter ceux qui doivent l'être sous prétexte qu'il s'agirait d'un choix de vie. En quelque sorte il serait dit : " Laissez Diogène tranquille ! "

Alors de quelle souffrance parlons nous ? ... Les population défavorisées souffrent-elles de pathologies spécifiques ? ... Les SDF présentent-ils des MST "Maladies Socialement Transmissibles" ?

Ces premières questions restent pour l'instant sans réponse scientifiquement établie. En effet, l'évaluation des troubles psychiques des SDF est confrontée à la complexité, diversité et "richesse" des circuits empruntés et donc au risque inévitable des multi-inclusions lors d'études quelles qu'elles soient {jour donné, enquête de rue, sur les lieux de vie, auprès des réseaux médicaux ou des structures psychiatriques (annexes 2, 3 et 4)}. Chacun va décrire, selon les circonstances de la rencontre, les troubles qu'il repère tout en sachant que la souffrance de son échantillon est loin d'être représentative de la souffrance générale de cette population.

Bien sûr certaines démarches présentent un caractère scientifique épidémiologique, notamment l'enquête de KOVESS sur la "Santé Mentale des RMistes en Ile de France" (1991). Si les RMistes, avec domicile, ne souffrent pas plus que la population générale de maladies mentales répertoriées, les formes cliniques de dépression et de conduites addictives apparaissent plus sévères et handicapantes. Ils accèdent moins fréquemment aux soins spécialisés ou alors par un biais hospitalocentriste. Dépressions, phobies, angoisses, sont les symptômes les plus rencontrés mais paradoxalement non rapportés, par les allocataires, à la maladie mentale. S'agit-il de maladies ou des conséquences de mauvaises conditions de vie ? La question reste posée. Une enquête " La santé mentale des sans-abri à Paris " vient de se terminer.

D'autres chercheurs tels que ceux de la MIRE insistent sur les formes spécifiques de la souffrance des pauvres et sur le lien entre des symptômes et des facteurs sociaux tels que le chômage.

Mais la majorité des approches est bâtie sur une démarche empirique, comme en témoignent les nombreuses enquêtes, études et rapports d'activité.

Sans établir une liste exhaustive, nous pouvons extraire de ces quelques expériences d'accueil des données intéressantes sur la souffrance psychique des exclus.

1 - CHS de Maison-Blanche 1992

(Nous utiliserons, dans l'ensemble de ce rapport, les anciennes appellations CHG et CHS pour distinguer plus commodément la spécificité des charges).

Étude l'accueil de 113 SDF dans l'année.

Psychoses alcooliques, toxicomanies et troubles de la personnalité représentent les principales pathologies, mais ce qui est à retenir de cette étude est que 16% des sorties sont différées pour non hébergement à la fin des soins intrahospitaliers.

Déjà à l'époque il était pointé un facteur de risque de rechute par le simple fait de l'absence d'hébergement à la fin des soins intrahospitaliers.

2 - Max Fourestier à Nanterre 1994

100 SDF répondent à des questions sur l'alcool.

83 consomment en moyenne 2,7 litres de vin par jour, l'alcoolémie moyenne à 15 h est de 3g.

La répartition des pathologies (30% de psychotiques, 50% d'états limites, 20% de psychopathes) correspond à celle annoncée par les études étrangères depuis près de 20 ans et par la plus part des études françaises correspondant à des sites relativement représentatifs (cf. plus bas).

3 - La Croix, la Rue, FNAssoc d'Accueil et de Réadaptation Soc, Institut CSA 1994

503 SDF sont rencontrés.

La détresse morale est au premier plan avec un sentiment de solitude, d'ennui contre lesquels l'alcoolisme (lui aussi relevé) pourrait s'interpréter comme une solution auto thérapeutique.

4 - Médecins Du Monde sept 93 à sept 94

400 consultations spontanées, auprès de psychiatres, mais également des tournées dans les gares révèlent un fait intéressant :

77% des personnes auraient été hospitalisées en Centre Hospitalier Spécialisé mais seulement 12% gardent contact avec l'équipe de soins.

Ceci est capital car d'une part cela fait reculer le mythe du nonaccès des exclus aux soins psychiatriques, et d'autre part cela montre bien la difficulté pour eux de s'inscrire dans la continuité du soin proposé par le Secteur.

Qui de l'exclu ou du Secteur doit s'adapter à l'autre ?

40% consomment des psychotropes.

Outre une symptomatologie toxicomaniaque importante, cette étude rapporte des états anxio-dépressifs avec troubles du sommeil, asthénie, plaintes somatiques massives.

L'alcool entraîne un effet spirale.

L'exclusion est renforcée par l'hospitalisation : ceci est à retenir afin de ne pas s'engager vers la solution unique du tout-hôpital.

5 - SAMU Social de Paris Hiver 94-95

627 personnes participent à l'enquête durant l'hiver 94-95.

Dépression, anxiété, confusion non toxique et ... alcoolisme sont les signes majeurs.

25% ont des antécédents psychiatriques. Point à retenir car il semble que ceci correspondent à des troubles ayant nécessité des soins.

6 - Rapport "Enquête pilote auprès des sans-abri dans la rue" INED 1995

246 contacts (enquête de rue et dans les centres d'hébergement pendant une nuit puis 1000 contacts de jour et durant un mois). Le taux de refus est important (113) et doit donc faire s'interroger sur ce qui sous-tend ce refus.

Ce rapport met en évidence l'intérêt des enquêtes de rue car cela permet de toucher une population jamais rencontrée. Les études sur sites n'ont de valeur que si les doubles comptes sont évités.

7 - Observatoire Régional de la santé du Nord-Pas de Calais Lille 1995

175 médecins généralistes, 175 infirmiers et pharmaciens libéraux sont interrogés sur les impressions qu'ils ont des personnes exclues qu'ils croisent : il en ressort que ceux-ci consultent moins que la population générale, s'automédiquent et ont recours à l'hospitalisation plus fréquemment, par le biais de l'urgence.

Alcoolisme et anxiété sont majeurs.

8 - Aux Captifs, La Libération Juillet 93 (diffusée en 1995)

Cette association maraude autour des Halles et a pu entrer en contact avec une centaine de personnes. Les intervenants évitent de porter un diagnostic et parlent des "troubles-symptômes": addictions, troubles du schéma corporel, dépersonnalisation (16 %).

9 - Centre Espoir CHRS

Ce centre d'hébergement répertorie dans sa population essentiellement des personnalités pathologiques.

10 - AP-HP : Nov. 94, Jacques LEBAS, (enquête diffusée en 1995)

La consultation de précarité révèle encore une fois une consommation alcoolo-tabagique très fréquente au côté de la toxicomanie.

La consultation psychiatrique repère 60% de maladies mentales mineures parmi les personnes rencontrées.

L'enquête soulève le délicat problème des contraintes financières imposées par ce type d'accueil.

L'AP-HP propose une aide " collective " en hébergeant des associations. Des consultations de précarité sont ainsi mises en place, le SAMU social intervient en étroite relation avec ces établissements, des lits d'hôpital sont créés.

Le personnel manque manifestement de formation.

11 - CPOA

Depuis sa création en 1967, le CPOA a conduit de nombreuses enquêtes sur 1 mois. La dernière date de 1995 et repère :

20 % des consultants sont SDF, soit environ 200 patients par mois,

40 % d'entre eux sont hospitalisés, ce qui correspond aux hospitalisations proposées pour la population générale du CPOA.

Ils ne sont donc plus hospitalisés par excès, comme ce le fût à une époque afin de les faire accéder aux soins de Secteur.

Les tendances :

25 % psychotiques, souvent clochardisés

25 % états dépressifs

25 % alcoolisme et / ou pharmacodépendance

25 % divers (psychopathie, hystérie, anxiété, demande sociale pure).

12 - SAMU social : " Activité médicale en 1995 " (enquête diffusée en 1996)

• dans les Centres d'Hébergement Médicalisés.

Il s'agit du bilan médical de 2337 dossiers.

Les résultats restent concordants à ceux des enquêtes précédentes et l'on retrouve :

25 % d'alcoolisme chez les hommes, 16 % chez les femmes,

6 % de toxicomanie chez les hommes, 11 % chez les femmes,

16 % de troubles psychiatriques.

A noter dans cette étude près de 50 % de refus de soins ou de fugues.

• dans les Centres d'Hébergement d'Urgence.

Il s'agit du bilan médical de 30386 SDF hébergés en 1995 dont 1101 dossiers médicaux et 2458 consultations.

Les chiffres sont variables selon la durée de séjour correspondant aux centres. Cependant on peut retenir encore une fois la forte proportion d'alcoolisme (de 15 à 52 %), 18 % de toxicomanie, 6 à 22 % de troubles psychiatriques.

Dans un centre 23 % ont été adressés au CPOA.

13 - Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre Hôpital Max Fourestier 1996

"L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF"

500 dossiers pris au hasard parmi les 5000 établis ont été étudiés dans le but de repérer les prescriptions de psychotropes, les diagnostics psychiatriques et les indications sémiologiques.

250 dossiers ont été exploités et 70 entretiens ont pu être conduits.

Là encore cette évaluation renforce les points relevés dans les précédentes :

20 % de consommation d'anxiolytiques, 12 % de somnifères,

21 % d'alcoolisme et 6 % de toxicomanie.

Les 70 entretiens ont révélé que 30 % ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et surtout que 83 % prennent ou ont pris des psychotropes. Parmi eux, 24 % de polytoxicomane, 94 % d'alcoolisme, 23 % de psychotiques, et les autres constituants diverses personnalités pathologiques (selon les échelles et références).

En ce qui concerne ces approches - et celles en cours -, malgré la diversité des sites évoqués et la pluridisciplinarité des intervenants, des points communs cliniques apparaissent de façon flagrante :

- dépression, anxiété, conduites addictives (alcoolisme, toxicomanies, ...), automédication aux psychotropes ;*
- les patients sont souvent connus des services de psychiatrie mais ne souhaitent pas garder de contact avec eux.*

Nous terminerons ces études par le rapport sur “ Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale” datant de 1995, dit Rapport Lazarus et intitulé :

“ Une souffrance qu'on ne peut plus cacher ”

Ce rapport insiste sur la distinction à établir entre dépression et désespoir, repère une sous évaluation de la souffrance psychique réelle et une surévaluation de la maladie mentale.

Les grandes maladies mentales ne sont pas une caractéristique spécifique des pauvres.

La commission qui a établi ce rapport conclut à la nécessité de développer les expériences empiriques à partir des initiatives locales sans attendre une enquête plus approfondie ou systématique concernant la souffrance psychique associée à la pauvreté.

Il n'y a pas lieu de définir au préalable la souffrance psychique des exclus pour tenter de leur offrir des soins ...

III - VARIATIONS SELON LES SITES D'IMPLANTATION DES SECTEURS

Les personnes en grande précarité ne se répartissent pas sur le territoire national par hasard, elles ne correspondent pas au mythe du vagabond errant ou du clochard féru de philosophie, la tâche des secteurs est variable selon leur site d'implantation (urbain, rural, en hôpital général ou en hôpital spécialisé, en mégapole ou en banlieue...). Il est de constat quotidien que les personnes sans abris sont le plus souvent dans les grandes villes où elles peuvent trouver des infrastructures sociales, associatives, sanitaires... fonctionnant spécifiquement pour elles. Mais également parce que des circuits parallèles se sont mis en place leur permettant une sorte d'insertion marginale dans des réseaux de survie eux même marginaux. Cette réalité fait que surgit une difficulté supplémentaire pour les équipes sectorisées de psychiatrie : la multiplicité des intervenants, des structures et la dispersion des lieux où se raccrochent les personnes sans abris.

Hôpital Général

Là comme ailleurs, la situation n'est pas uniforme.

Elle tient à la fois au site d'implantation de l'HG (milieu rural, grande ou petite ville, région industrialisée ou non) qui conditionne souvent sa taille (hôpital rural, petit hôpital général, gros hôpital général...), et aux modes d'implantation des secteurs psychiatriques : un ou plusieurs secteurs, implantation préalable sans grands moyens ou déménagement pur et simple d'un secteur de CHS au CHG avec armes et bagages, bonne ou mauvaise insertion au sein de la communauté somaticienne, bonne ou mauvaise articulation avec le service d'urgence.

Un certain nombre de constantes se retrouve dans tous les hôpitaux généraux :

- 1- L'accroissement constant des motifs psychiatriques de passage dans les services d'urgence. Ces motifs représentent souvent un quart des passages.*
- 2- Le choix préférentiel de l'hôpital pour les soins somatiques fait par les personnes en grande précarité, au service même des urgences.*
- 3- L'utilisation des urgences pour régler les problèmes somatiques et psychiques de nuit ou le week-end.*
- 4- L'utilisation des urgences pour tenter de régler les problèmes sociaux, y compris des problèmes d'urgence sociale.*
- 5- L'utilisation croissante de service d'urgences comme un service de consultations de médecine générale.*

Les réponses aux besoins ainsi exprimés sont, elles aussi, extrêmement diverses, selon les moyens dont dispose le centre hospitalier et la sensibilisation de ses équipes aux problèmes de santé liés à la précarité et à l'exclusion.

Les Centres Hospitaliers Spécialisés

Ils représentent une lourde infrastructure directement héritée d'une organisation datant du XIX^{ème} Siècle qui avait doté chaque département d'au moins un établissement psychiatrique.

Actuellement au nombre de 98 représentant 60% des secteurs, leur implantation géographique est très variable. Beaucoup d'entre eux se trouvent éloignés des centres urbains et des zones à forte densité de population. Ainsi, certains CHS peuvent desservir des secteurs dont ils sont éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres. De surcroît, ils sont souvent dépourvus de services d'urgence.

Le rapport MASSE a parfaitement établi le déséquilibre et les incohérences de la répartition des moyens dans la carte sectorielle. On peut insister sur le fait que la création de services de secteur dans les hôpitaux généraux n'a pas souvent été accompagnée du transfert de moyens adéquats. Les bouleversements démographiques ont quelque fois aggravé le déséquilibre. On peut ainsi dire - et cette observation serait facilement vérifiable par un travail épidémiologique - que le problème des SDF atteint très différemment ces établissements. Certains sont "en première ligne", alors que pour d'autres ce type de patient représente une part très marginale parmi la population accueillie.

Les CHS disposent encore d'un nombre importants de lits. Il est indéniable que la plupart d'entre eux ont amorcé une politique de réduction de leurs capacités intrahospitalières pressés d'ailleurs par les autorités sanitaires et la politique de planification des moyens qui se met en place au niveau régional. Mais il apparaît néanmoins que ces structures (CHS) représentent un potentiel indéniable de compétences que l'on peut retrouver dans des régions dites défavorisées, encore que ces dernières connaissent depuis quelques années des difficultés de recrutement des personnels médicaux en particulier.

Il est aussi incontestable que les CHS disposent pour la plupart d'un ensemble de dispositifs extrahospitaliers tout à fait performants en particulier pour le suivi des psychotiques. Il existe, en outre, une tradition authentique voire une règle éthique de la possibilité d'accès au soin à toutes catégories de populations. Cette dynamique, qui peut paraître un peu émoussée à certains, est à l'évidence un potentiel très facilement mobilisable si l'on ne continue pas, au niveau administratif, de favoriser le seul engagement dans une voie radicalement médicalisante tendant à plaquer le fonctionnement de ces institutions sur celui des hôpitaux généraux.

Il faut, en particulier, bien redéfinir la spécificité du travail extrahospitalier dans sa dimension de réhabilitation du malade en tant que citoyen.

Secteurs ruraux

La dichotomie - psychiatrie des villes, psychiatrie des champs - est un vieux thème de la psychiatrie publique. Initialement, quand fut organisé le secteur, on réalisa des découpages géographiques quelquefois "acrobatiques"

pour éviter le plus possible que les services ne soient pas exclusivement sectorisés en milieu rural.

Initialement épargnés par la stabilité sociologique des campagnes, ces secteurs à dominance rurale connaissent d'importantes mutations : vieillissement de leur population au cours de ces vingt dernières années et en parallèle mouvements de mutation par le biais du tourisme ou de l'installation de personnes qui acquièrent des résidences secondaires. Le mythe du retour à la campagne n'est certainement pas étranger à l'augmentation soudaine et imprévisible dans de tels lieux de personnes déjà très marginalisées, n'ayant pas de travail stable et consommant quelquefois des drogues. Les communes rurales peuvent ainsi représenter pour des personnes en voie de précarité un mode de refuge. Il est certains que leurs problèmes ne seront pas pour autant résolus mais cette tendance mérite d'être prise en compte car elle reflète une observation clairement formulée par les psychiatres qui exercent dans de tels lieux.

Par le passé, la pauvreté a été un fléau des populations rurales qui étaient en nombre plus importantes. Leur raréfaction ne doit pas faire oublier qu'elles sont tout autant liées avec les aléas économiques et l'évolution des techniques. Y compris dans des zones agricoles à revenus moyens, il existe des populations qui ne sont pas qualifiées de SDF car elles possèdent encore un semblant de logement alors que ce dernier est en réalité une mesure branlante. Les conditions de vie de ces personnes interdisent une éducation et des soins dignes d'une vie moderne à leurs enfants et à eux-mêmes. A ce niveau, il existe une incidence considérable de l'alcoolisme.

Par voie de conséquence, les mesures de prévention et de suivi sont souvent fort complexes en milieu rural d'autant que le recours à la psychiatrie n'y est pas culturellement facilité.

En définitive, il est certain que le problème de la précarité grave n'est pas absent des zones rurales mais très certainement moins apparent et confirmé que dans les zones urbaines.

Secteurs urbains

Les secteurs urbains sont particulièrement concernés par les "sans domicile fixe", et ceci d'autant plus qu'ils desservent les centre-ville et les quartiers des gares.

Les personnes en grande précarité y trouvent des conditions de survie qui sont non seulement liées à l'existence de structures d'accueil spécifiques, le plus souvent associatives, mais aussi aux squats possibles, et à une visibilité sociale moins grande qui limite les sentiments de honte.

Pour certaines d'entre elles la ville permet l'accès à des petits boulots et à des formes de solidarité marginales.

Les grandes villes produisent de plus leurs propres sans abris, les conditions de logement y étant plus onéreuses, et les hôtels meublés tendent à disparaître du fait de la spéculation immobilière.

Une catégorie de sans abris, les adolescents en rupture, y trouvent le terrain de galères de part la concentration de moyens de consommation et de réseaux de marginalité, qui reflètent le mythe d'une absence de limites et de contraintes permises. Le centre des grandes agglomérations urbaines accueille ainsi un nombre important de jeunes qui tentent d'échapper à leur banlieue, le terminus des gares étant le bout du voyage.

Banlieues

La situation en banlieue n'est pas uniforme :

- selon la proximité par rapport à la grande cité voisine,*
- selon la répartition sociale, culturelle et ethnique de la population,*
- selon l'histoire et l'importance de la ville considérée,*
- selon l'urbanisme,*
- selon le niveau moyen des revenus, le taux de chômage,*
- selon les actions des politiques locaux...*

D'après une étude récemment publiée concernant les RMistes en Ile de France l'on sait entre autre que la moitié est domiciliée à Paris intra-muros et en Seine Saint Denis ; que les 3/4 se concentrent sur Paris et les départements de la petite couronne ; mais que l'augmentation des attributions nouvelles est relativement plus importante dans les départements de la grande couronne. L'on sait aussi qu'ils sont plus jeunes et plus seuls que dans le reste de la France.

En Ile de France toutes les variétés existent et l'on est souvent surpris de l'attachement des populations pour des cités à première vue sans grands attraits mais lieux de naissance ou bien lieux où l'on a grandi et où sont les références de l'enfance, les parents, les amis, les habitudes... L'errance n'est pas la situation commune des SDF de banlieue, mais elle existe malgré tout pour certains d'entre eux. Ce sont en effet le plus souvent les jeunes adultes, déracinés, qui errent de squats en squats qui sont le plus difficilement repérables. Quand on peut les rencontrer c'est souvent sans lendemain ou bien la prochaine rencontre est imprévisible.

L'un des problèmes les plus fréquents actuellement est celui des personnes, auparavant insérées, menacées de la rue pour des difficultés financières massives, en rupture familiale et professionnelle, complètement déroutées, angoissées et dépressives. Les tentatives de suicides sont massives et l'isolement ainsi que l'absence de perspectives concrètes facteur de récidives.

Par commune les repérages sont, en ce qui concerne les adultes, plus aisés que dans les grandes mégapoles. Les associations, organisations, services sociaux... sont souvent facilement identifiables et les rapports entre secteurs et acteurs sociaux relativement fréquemment personnalisés.

IV - DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

A) Difficultés liées aux troubles psychiatriques et aux modes d'intervention

1° Les aspects cliniques

Toutes les études montrent que les grandes pathologies psychiatriques se retrouvent dans la population des exclus avec les mêmes taux que dans la population générale. En ce qui concerne les conduites addictives et la souffrance dite "réactionnelle", les personnes à la rue en sont beaucoup plus atteintes.

Les pathologies de la dépendance

Elles sont évidentes, bien sûr aux divers produits, mais également aux institutions à qui est posé le paradoxe : aider à s'autonomiser tout en assurant le quotidien vital. La confusion tatogène induite par la multiplicité des "opérateurs" retarde en fait la construction d'un lien suffisamment solide acceptant les changements de lieux, de thérapeutes ...

Tout le travail consiste justement à établir un lien de confiance afin d'éviter l'errance thérapeutique. Ce lien ne peut s'installer facilement sous la contrainte : hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office d'une part, injonction aux thérapeutes de prendre soin des exclus d'autre part - notamment les levées de HO sur Paris souvent corrélées à une exigence d'hébergement ou à des contraintes extra-psychiatriques.

Errances et dépendances

La dépendance à l'alcool et à l'usage de drogues est constante chez les personnes à la rue, diverses études épidémiologiques indiquant que 65 % consomment de l'alcool et 25 % des toxiques. La pratique courante amène également à constater l'ampleur de la consommation de médicaments psychotropes. Ces produits ne sont pas seulement consommés mais aussi échangés, allant du troc au trafic avéré, participant des relations de sociabilité interne au milieu de la galère, particulièrement pour ceux qui y sont installés depuis plusieurs mois. L'approche de ces personnes en est d'autant plus compliquée, les échanges de produits étant intégrés dans des stratégies de survie.

Cependant, l'approche de l'alcoolisme et de la toxicomanie est dans tous les cas de figure, une démarche aléatoire. Nous ne pouvons qu'indiquer ici quelques remarques et démarches possibles.

Si la difficulté d'accès aux soins est quelque fois le fait des équipes soignantes, elle est d'abord le fait du toxicomane qui, par sa marginalité, ses comportements souvent délinquants, s'exclut de cette possibilité. De la même façon qu'il ne se considère pas comme malade, il ne fait pas appel spontanément à un lieu d'écoute psychologique. C'est donc essentiellement à l'occasion d'un accident toxicomaniaque (overdose, coma éthylique, confusion médicamenteuse...) ou d'une autre pathologie que ces personnes arrivent dans le système de soins.

Cette tendance est aggravée quand les gens sont, de plus, à la rue.

L'expérience de l'écoute dans les lieux d'accueil et d'urgence comme les dispensaires, les centres d'accueil et de crise, les foyers sociaux ou les urgences hospitalières, montre que la révélation de conduites toxicomaniaques est rarement spontanée, et ensuite le plus souvent minimisée, banalisée.

C'est donc sur l'ampleur des dégradations physiques ou de la détresse psychologique que peut se faire "l'accroche" thérapeutique.

Quand une personne à la rue arrive dans un tel lieu c'est que sa situation s'est déjà beaucoup détériorée, ou que quelqu'un l'y a amenée.

La perte de repères stables en particulier quant au temps social n'est pas une nouveauté pour une équipe de soins psychiatrique, car la psychose nous y confronte au quotidien.

Ceux des S.D.F. sont d'une autre nature, car rattachés à la condition même de l'errance, et l'angoisse est plus présente devant ce qui fait inquiétante étrangeté.

Un état physique lamentable, des signes d'ivresse ou de consommation de drogue viennent renforcer le rejet.

Le comportement même des toxicomanes, il est vrai, n'est pas simple à gérer dans une structure d'accueil. Les demandes multiples, l'instabilité, le côté "speed" font que la relation devient vite insupportable, pour les soignants et encore plus pour les autres patients présents.

Il est d'autant plus mal vécu, que le toxicomane banalise sa consommation.

Le rapport difficile entre le soignant et le toxicomane devient vite inconciliable entre l'institution et ce dernier.

L'hospitalisation va se heurter à cette difficulté, ou la personne épuise par ses demandes les soignants, ou échappe aux règles de fonctionnement institutionnel en permanence, quand il n'introduit pas les comportements de la rue dans le lieu de soin.

L'exclusion est alors le plus souvent la règle, que ce soit par la mise à la porte ou par le départ du patient. Le passage à l'acte tend donc à envahir l'ensemble des relations.

L'autre réponse possible, la coercition, permet de canaliser cette demande incessante mais n'est pas exempte d'escalades violentes. Mais surtout, elle ne modifie pas réellement le rapport entre le patient et son produit. La nécessité de mettre des limites et dans le même temps de mettre en place une approche psychothérapeutique de la personne implique une sorte d'alchimie propre au patient toxicomane et exige donc un lieu, un temps, des soignants entraînés à cette approche spécifique.

Les résultats, décevants si l'on conçoit l'hospitalisation comme une simple extirpation du symptôme, sont communs au toxicomane et à l'alcoolique. Celui-ci est mieux toléré, plus proche dans ses habitus, des soignants, mais le fait d'être à la rue complique la relation car le problème dominant paraît ailleurs que dans l'alcool. Chacun perçoit bien dans ce cadre quelque chose qui est globalement vrai pour l'ensemble des conduites d'addiction. Il n'y a pas de sortie du symptôme sans modification des conditions de vie.

Les personnes à la rue arrivant à l'hôpital dans des circonstances particulières, la question principale demeure l'accueil et l'engagement d'un soin sur le terrain.

Il demeure un cas de figure qui concerne assez peu les personnes à la rue, du fait de leur non domiciliation, qui est celui de l'injonction thérapeutique (loi de 1970). Celle-ci est l'occasion d'une prise de contact et d'une information du patient, mais comme pour l'ensemble de la population toxicomane, elle produit rarement un véritable accrochage aux soins du fait même du caractère obligatoire de l'injonction.

Exclure en urgence

Il faut remarquer que ces personnes vivent passivement leurs rejets successifs, les situations d'impasse sociales sont quotidiennes. Le corps en témoigne avec les aspects simultanés de dépersonnalisation que tout intervenant repère pour peu qu'un lien se tisse.

Ainsi pour échapper à cette passivité anxigène certains se réfugient dans l'action éperdue - et perdue d'avance - . Une course folle s'engage alors parfois dans le circuit des accueils en urgence, dans le circuit des urgences médicales et enfin dans le circuit des urgences psychiatriques. Dix fois, cent fois le discours va se répéter dans cette précipitation active : demander pour exister, demander pour se donner une identité. En cas de fin de non recevoir, seule la précipitation donnera une densité au corps et c'est ainsi que les services les reçoivent - s'ils sont encore vivants - après une défenestration, une projection sous un train ou une rame de métro, un plongeon du haut d'un pont. Faute de ne pouvoir dire, sentir, se sentir, se faire sentir, l'exclu se jette dans l'urgence.

Urgences

L'organisation des urgences en psychiatrie est encore à l'état de développement.

L'organisation des urgences générales devrait prendre en compte cet aspect fondamental de la médecine d'urgence. En l'état actuel, ces équipements sont très divers :

- services d'urgences spécifiques implantés dans les grands établissements psychiatriques correspondant le plus souvent aux secteurs de grandes agglomérations (sur le modèle du CPOA à Hôpital Sainte-Anne)*
- antennes psychiatriques de secteur (rattachés à des CHS) installées dans des services d'urgences des hôpitaux généraux*
- organisation des urgences psychiatriques par des secteurs implantés dans des hôpitaux généraux*
- mais beaucoup de départements ne possèdent aucune organisation à la réponse de l'urgence*

L'organisation de l'urgence psychiatrique est assez particulière à PARIS en raison de l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police dont la

fonction médico-légale essentielle est alourdie abusivement par nombre de situations ressortissant des CHG.

Dans d'autres grandes agglomérations, l'admission s'effectue souvent par le biais de la police ou des pompiers au décours de troubles sur la voie publique. Une part non négligeable des dits troubles est imputable à l'alcool ou aux drogues.

Il faut encore noter :

- qu'en cas de nécessité d'hospitalisation, les résistances sont vives de la part des services qui se disent démunis face à ces problèmes.*
- qu'il est souvent illusoire de penser que les personnes orientées vers des centres médico-psychologiques de secteur vont s'y rendre. Les ré hospitalisations sont là pour en témoigner. Une infime proportion de ces patients a utilisé le dispositif de soins ambulatoires (à un moment ou à un autre).*

Le problème est donc double :

- l'accueil, la qualité et l'adaptation du projet de soin en cas d'hospitalisation*
- l'accès aux structures de secteur.*

En réalité, la demande de soins psychiatriques semble bien souvent ne pas s'effectuer " directement " (en tant que telle) mais par le biais d'une demande de soins physiques (ce qui est déjà connu par le passé pour les alcooliques). L'état de grave précarité entraîne souvent une forme de délabrement physique qui constitue alors la morbidité la plus patente.

Il n'est certainement pas opportun d'initier des mesures de triage en fonction des pathologies prédominantes. Il semble nécessaire d'articuler l'aide psychologique là où elle s'est exprimée même en cas d'urgence. Sur le fond, c'est une mission fondamentale de secteur. Reste à en initier la possibilité, ce qui se fait déjà dans certains secteurs.

En définitive, il est encore ici question de dégager des moyens spécifiques, sous la forme de temps médicaux et paramédicaux essentiellement, afin que cette mission de secteur puisse s'exercer là où l'urgence d'intervention s'est manifestée.

Les problèmes spécifiques posés par les jeunes en errance.

Par rapport à la population plus âgée en difficulté, les jeunes, entre 13 et 25 ans, présentent quelques traits particuliers. En premier lieu leur jeunesse qui les agrège aux adolescents avec toutes les conséquences que cela peut avoir pour les approcher et nouer avec eux un lien sur lequel construire. En second lieu, leur enfance dans les décennies 70-80 marquées par les mouvements locaux et mondiaux ayant contribué à leur situation présente.

Les jeunes avec lesquels on peut travailler et parler durablement évoquent des déracinements, des confusions, des ruptures fréquentes avec leur milieu d'origine, leurs parents, les environnements successifs où ils ont grandi.

L'impact de l'époque se traduit parmi les jeunes en situation précaire par une incidence plus grande des risques liés aux toxiques et aux M.S.T.

Les jeunes offrent en contrepartie des potentialités juvéniles que d'autres classes d'âge n'ont plus. Ainsi, on peut être surpris des capacités que certains ont à s'appuyer sur quelques adultes pour amorcer une autre vie. Notable aussi leur propension à vivre en groupe et à se présenter en groupe. Leur usage du temps et de l'espace est particulier, souvent déroutant pour les intervenants. Ils sont rarement totalement isolés, et d'autres jeunes les entourent, qu'ils partagent leur condition ou qu'ils soient mieux insérés. L'émergence de jeunes "relais" avec les plus fragiles est un fait bien connu dont l'utilité pratique ne doit pas être sous-estimée, la réalité humaine négligée.

Les situations d'errance et de précarité sont multiformes, les trajectoires qui y mènent innombrables ; aussi leurs manifestations communes relativement monomorphes ne doivent pas faire illusion. Chaque situation est singulière. Cette diversité tient, bien sûr, à l'âge, mais aussi au sexe, à l'origine sociale et culturelle, à l'insertion légale ou illégale sur le territoire. Autant de facteurs qui minorent ou majorent leurs capacités à supporter leur situation, l'aménager et éventuellement en sortir. Autant d'éléments qui laissent entrevoir aussi comment des personnalités se sont construites avec des potentiels divers, des environnements plus ou moins chaotiques.

Le trait dominant commun à tous est l'importance des fractures relationnelles précoces en particulier avec les parents et les lieux afférents aux parents. Certains jeunes adultes et adolescents n'ont rien connu d'autre que le précaire et l'errance depuis leur petite enfance, c'est leur modalité "normale" d'existence, leur vie intrapsychique y est congruente.

Les multiples déterminants actuels et passés de l'errance et de la précarité sont intriqués et leur prise en compte ne saurait être le fait d'une structure type éventuellement modulaire et répliquable. L'ouverture de ces situations closes crûment exposées, l'amorce de voies de cure ne sauraient s'enclencher sans l'intérêt et l'adhésion (à leur façon) des sujets concernés, au travers de souffrances et difficultés par eux discernables, qui ne coïncident pas toujours avec ce que nous voyons et imaginons. Le soutien et l'accompagnement par des personnes et institutions qu'ils agréent posent souvent problème dans la mesure où cette "élection" ne correspond pas nécessairement au mandat institutionnel des individus choisis ou repérés. Il s'en suit fréquemment une relation déprimante et confusionnante pour l'intervenant (en particulier les assistantes sociales ou éducateurs des missions locales) qui se sent démuni, impuissant et tente d'orienter et de canaliser la charge vers un autre système d'assistance.

Enfin, les troubles rencontrés peuvent être rapprochés de ceux de la pathologie traumatopsychique, le traumatisme psychique résonnant plus ou moins fort selon les personnalités. Il n'en demeure pas moins que les espaces et les temps d'écoute psychologique sont totalement occultés par les demandes sociales formulées en lieu et place d'une demande d'aide psychologique voire psychiatrique.

Cette nouvelle approche clinique se développe mais - hélas - ce rapport n'est pas là pour l'exposer.

2° Les aspects thérapeutiques actuels

La prévention

Malgré la multiplication des structures de soins, les exclus n'arrivent pas à consulter : "je ne suis pas fou" crient-ils avec ce sentiment de surdésignation par l'étiquette "psy". Le repérage de moments ou de mouvements psychologiques ou psychiatriques à risque s'avère périlleux et alors surtout lié au hasard des rencontres.

L'accueil et les soins

Répetons-le, ils sont assurés.

La demande de soins psychiatrique est très souvent formulée par un tiers. En limite du seuil de tolérance, devant des troubles déjà bien évolués, l'institution (foyer, centre, infirmerie, service social ou médical, ...) va propulser le gêneur vers un soin qui aurait pu se mettre en place de façon plus douce ou tout au moins préparée. L'issue est classique : au mieux l'HDT, au pire l'HO.

Les séjours sont écourtés par des sorties sans autorisations :

- la restriction de liberté est "intolérable"*
- le règlement intérieur "mal compris"*
- l'acceptation des soins "fluctuante"...*

La postcure

Régularité et inscription dans le temps et le rythme - maîtres mots de la psychiatrie de secteur - paraissent hors de la réalité. Ce d'autant qu'une pathologie du temps est évoquée par certains thérapeutes. Ainsi la continuité d'une aide médico-psychologique peut paraître illusoire si elle est pratiquée sur le même modèle que pour les patients habituels consultants en Centres Médico-Psychologiques.

B) Difficultés liées aux aspects organisationnels

On peut repérer un ensemble de facteurs qui expliquent en partie la relation déficiente entre ces patients et le système de santé mentale.

- Ces patients risquent d'être refusés à l'admission et nous en avons évoqué les causes.

- Ils quittent fréquemment l'hôpital avant traitement ou refusent le programme d'insertion proposé. Cela tient aux caractéristiques spécifiques de cette population : sa méfiance, sa désaffiliation, son style de vie, sa tendance à nier la maladie et à craindre une restriction de la liberté.

- Le système d'organisation en secteur est complexe et repose par principe sur l'existence d'un lieu de vie ou résidence. Par ailleurs bien des intervenants sociaux et médicaux (hors du cadre hospitalier) en ignorent le fonctionnement.

- L'hôpital et le secteur sont isolés de toute appartenance au réseau.

- Il existe un ensemble de résistances des intervenants à travailler avec cette population en raison de la tendance de cette dernière à utiliser l'hôpital comme un lieu d'accueil, un lieu d'hébergement, un dernier recours... Par ailleurs, il circule encore de tenaces théories sur le clivage médical / social, clivage que l'on retrouve à l'intérieur même de l'institution hospitalière où le débat s'alimente au gré des cas qui deviennent ainsi l'otage d'une position contre une autre et le point de cristallisation des désillusions sur l'avenir de l'institution.

- Sont défavorables les circonstances à la fois économiques et sociologiques : restriction du nombre de lits non suivie de la mise en place de structures d'accueil et de programmes alternatifs (mais moins fréquemment qu'aux États Unis et en Italie cités ci-dessus), augmentation du prix des logements, forfait hospitalier très pénalisant en cas d'hospitalisation des démunis, gestion des biens des malades sous protection surencombrée et confinant souvent à un pur exercice gestionnaire.

- Il faut encore noter qu'il existe de réelles résistances au niveau des administrations hospitalières qui ne veulent pas avoir une image d'"asile" et qui redoutent l'augmentation de la masse des créances irrécouvrables.

Beaucoup de travaux soulignent qu'on peut repérer certains facteurs qui constituent des facteurs à risque d'errance pour un malade mental :

- être de sexe masculin, jeune, et consommer des drogues et de l'alcool ;

- avoir une histoire infantile très perturbée : antécédents psychiatriques familiaux, rupture des parents, placements en famille d'accueil, institutionnalisation dès l'enfance, violence parentale, abus sexuel, fugues, petite délinquance ;

- avoir un faible niveau d'acquisitions scolaires et des troubles d'ordre cognitif ;

- avoir connu très rapidement des problèmes sociaux : surendettement, problèmes de travail, chômage, instabilité de l'emploi...

- se manifester par une tendance à la mauvaise utilisation des services : réhospitalisations multiples, non observance des traitements, multiplicité des intervenants sociaux.

La question de la chronologie "maladie mentale - errance" se pose toujours en fonction des facteurs ici énumérés.

Sur le terrain, il est patent que les problèmes de désinsertion et d'errance sont le plus souvent pris en compte par les secteurs et ceci quand les malades acceptent les mesures qui leur sont proposées. A cet égard, les équipements sont très divers : certains secteurs ne disposent d'aucune structures extra-hospitalières mais d'autres possèdent des foyers, des appartements communautaires ou d'autres structures d'accueil d'urgence. On peut toutefois remarquer que les procédures d'admission dans ces structures sont souvent établies dans le cadre de projets impliquant un parcours assez sinueux : on s'assure que les patients seront compliants et à ce niveau "ils échouent" souvent durant les périodes d'essai.

Les diverses enquêtes de sécurité sociale dans les hôpitaux psychiatriques ("coupes") démontrent assez facilement qu'il existe un nombre non négligeable d'hospitalisations à caractère d'hébergement. Bien souvent il s'agit de malades améliorés, qui pourraient sortir, mais pour lesquels on doit résoudre un ensemble de problèmes assez complexes pour parvenir en particulier à les reloger. Ce problème se retrouve d'ailleurs aussi dans les hôpitaux généraux.

Cette dernière dimension mérite d'être soulignée car le programme d'économie drastique, qui risque fort d'être mis en place dans les hôpitaux, peut exclure tout particulièrement ce type de patients "inadéquats" pour la sécurité sociale.

Hébergement

Les difficultés rencontrées dans les services de secteur paraissent homogènes. On peut citer les principales d'entre elles.

- Le faible nombre de places dans les appartements dont disposent les services de secteur. Ces appartements sont soit de type communautaire (gérés par des associations type Loi 1901) ou thérapeutiques (selon la définition de l'arrêté du 14 Mars 86). En fait, on arrive très rapidement à un état de saturation car cet hébergement s'avère au fil de l'expérience difficilement réductible à un hébergement transitoire.

- L' inadaptation du dispositif actuel d'hébergement, en particulier dans les CHRS dont l'encadrement redoute les personnes atteintes de troubles psychiatriques. De plus, il n'existe bien souvent aucun personnel sensibilisé à la pathologie psychiatrique dans ces établissements.

- L' absence de places dans le cadre d'un dispositif spécifique à la psychiatrie.

- Les difficultés et les lenteurs administratives pour traiter les dossiers des patients hospitalisés quand ils sont dans le plus complet dénuement. En particulier, il faut signaler les lenteurs de la COTOREP.

- L' exercice de la solidarité familiale de plus en plus rare.

- La résistance de plus en plus patente des offices d'HLM ou des structures équivalentes d'organismes de gestion de logements sociaux, pour ac-

cepter des personnes disposant du RMI, de l'AAH ou d'une mesure de protection.

S' il est un constat facile à faire, c'est celui de la difficulté croissante à trouver un logement stable. Pour ce qui concerne la psychiatrie et les nécessités qu'elle implique, en particulier le suivi des soins, l'hébergement d'urgence, tel qu'il est actuellement conçu, ne nous paraît pas une forme d'alternative satisfaisante. On peut d'ailleurs remarquer que bien des patients qui arrivent en psychiatrie ont déjà fréquenté nombre de structures d'hébergement social et que pour partie l'hospitalisation se déclenche en raison de leur inadéquation à ces structures.

Quand nous avons évoqué la nécessité qu'un travail de secteur puisse s'effectuer à ce niveau, nous avons bien insisté sur le caractère préventif de ce travail.

V - OBJECTIFS

1) Prévention

Un certain nombre de mesures de prévention sont susceptibles d'amoinrir la gravité des problèmes psychiatriques liés à l'exclusion ou à la grande précarité.

Deux ordres de problèmes sont à considérer dans ce domaine :

- 1°) la prévention de l'exclusion chez les malades mentaux,*
- 2°) la prévention des troubles psychiques chez les exclus.*

La prévention de l'exclusion chez les malades mentaux

Elle nécessite une philosophie de la prise en charge psychiatrique autre que celle qui consiste à traiter uniquement les pathologies aiguës ou les phases aiguës des pathologies chroniques, renvoyant dans le champ social, souvent sans précaution, les problèmes de pathologies chroniques et de handicaps afférents. Une telle philosophie du seul soin de l'aigu est bien représentée aux États-Unis par le mouvement néo-kraepelinien. On en connaît les effets néfastes sur les patients atteints d'affections chroniques, conduisant fréquemment à leur marginalisation et à leur clochardisation.

Au contraire, le modèle français de politique psychiatrique de secteur, lorsqu'il est appliqué correctement, a fait la preuve de son efficacité en ce domaine :

- continuité des soins pour les malades chroniques, de sorte qu'à aucun moment de leur vie ils ne soient abandonnés sur le plan thérapeutique ;

- lits d'hospitalisation en nombre nécessaire et suffisant pour soigner correctement sans créer pour autant d'hospitalisme (autre forme d'exclusion) ;

- équipes extra-hospitalières suffisamment nombreuses, compétentes et mobiles pour intervenir de manière souple en des lieux divers, articulant correctement leur travail avec celui des autres professionnels du réseau sanitaire et social ayant affaire à la population concernée.

La prévention des troubles psychiques chez les exclus

C'est dans ce domaine que la prévention est, à l'évidence, la plus difficile à penser et à organiser, la précarité et l'exclusion venant au terme d'une spirale d'échecs et de catastrophes individuelles souvent extrêmement précoces dans la vie des exclus.

1 - On connaît bien les facteurs de risque en ce domaine. On sait les identifier dès la prime enfance. Autrement dit, la prévention gagne à être précoce et nécessite la sensibilisation de l'école, des services sociaux, des services de P.M.I., des CAMSP et des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, par des sessions régulières d'information de tous les personnels, et, à l'école, par la formation d'adultes-relais.

2 - Les problèmes psychopathologiques de l'adolescence doivent être mieux pris en compte qu'ils ne le sont actuellement par les secteurs de psychiatrie publique, tant au niveau de la précocité des diagnostics que de celle de traitements adaptés. On insistera sur la difficulté de diagnostiquer les états dépressifs des jeunes enfants et des adolescents et on sensibilisera les adultes de l'éducation et de la santé à ce problème, comme à ses avatars : suicide, toxicomanie, alcoolisme, conduite d'échecs et d'hétéro-agressivité, etc. Là aussi, il convient de sensibiliser et d'informer les professionnels concernés.

3 - A l'âge adulte, toutes les mesures préconisées dans l'ensemble de ce rapport pourront jouer un rôle prépondérant dans la prévention, sachant que les pathologies-cibles sont les mêmes que celles de l'adolescence, mais que plus l'intervention thérapeutique est tardive, plus le pronostic est sombre.

On notera, dans ce domaine de l'exclusion des adultes, un problème spécifique de troubles de l'identité chez les personnes, étrangères ou pas, dépourvues de papiers d'identité ou de permis de séjour.

Dans ce contexte on est amené aussi à rencontrer des enfants très jeunes vivants avec des adultes clandestins ou non mais vivants hors des réseaux officiels. Ils peuvent présenter des troubles carenciels massifs associés à des manifestations comportementales évocatrices de leur situation : angoisse de séparation importante, boulimie de jouets, refus de quitter les lieux protecteurs où ils se sentent favorablement investis. Les situations évoluent souvent favorablement si les conditions de vie et d'environnement se stabilisent en s'améliorant : reprise du langage, du sommeil, etc. ...

Les associations caritatives amènent de plus en plus souvent ces jeunes enfants à consulter en pédopsychiatrie, tant leurs troubles sont évidents. La discordance entre la nature des soins proposés et leur réalité de vie quotidienne est source de perplexité et de malaise chez les soignants tant le traitement social semble une nécessité prévalante, inaccessible pour certains.

2) Hospitalisations

Ainsi qu'il a été dit plus haut, la prise en charge des pathologies psychiatriques que peuvent présenter les SDF n'est pas spécifique et ne pose pas de difficultés particulières. C'est au plan de l'élaboration des projets thérapeutiques et surtout de leur réalisation pratique que la désinsertion fait son effet. L'extrême précarité vient opposer à une dynamique extra hospitalière la réticence collective aussi bien dans les administrations de tutelle (refus d'abrogation de HO, prolongations indues d'hospitalisations...) que des organismes sociaux (logements...), sans parler d'une sorte de mauvaise conscience des équipes qui autocensurent leur mobilisation thérapeutique devant la lourdeur de la tâche.

Néanmoins, dans la plupart des établissements la première hospitalisation a pour effet de "repérer et sectoriser" le patient SDF et de garantir la continuité des soins au moins pour les hospitalisations ultérieures. En effet dans la plupart des établissements s'est progressivement mise en place et est de plus en plus respectée ce qu'il est convenu d'appeler la "règle des 5 ans".

Pratiquement cela se traduit par l'obligation pour chaque secteur de reprendre dans ses lits toute personne sans domicile nécessitant une hospitalisation si cette personne y a été hospitalisée dans les 5 années précédentes.

3) Traitements ambulatoires

C'est à ce niveau que se posent les obstacles les plus importants.

Que cela vienne des patients eux-mêmes, et l'on se souviendra de la phrase "sans toit l'on ne peut pas s'occuper de soi" et donc de la nécessité pour les équipes de s'adapter et de modifier certains fonctionnements trop rigides.

Que cela vienne de l'absence de volonté de s'occuper durablement des personnes sans abris et se traduise par un "laisser partir" qui interdit toute prise en charge. Il faut au contraire de grands efforts aux équipes pour effectivement assurer la continuité et la proximité des soins ambulatoires. Mais, là encore rien ne peut être élaboré sans un travail en réseau déjà constitué et vivant.

Il faudra également appliquer dans les structures extra hospitalières la même règle qu'en intra hospitalier afin de "sectoriser" autant que faire ce peut ces personnes que leur absence de domicile écarte du système sectoriel.

4) Les dépendances

L'expérience des centres d'accueil et de crise ouverts 24 heures sur 24 ouvre la possibilité d'une écoute prolongée avec des contraintes institutionnelles limitées. Ce temps à prendre avec la personne permet d'entendre quelque chose de sa souffrance psychique, et aussi de diagnostiquer d'éventuelles pathologies psychiatriques.

Mais un tel lieu par sa dimension communautaire, de petite structure avec des relations très personnalisées, ne permet pas de canaliser les conduites toxicomaniaques. Elle permet une écoute limitée mais répétitive, au moment où ça se présente. Ce fonctionnement a aidé les quelques toxicomanes en demande de sevrage, à préparer un accès aux soins dans une structure spécialisée. Pour les autres, il fonctionne comme une balise psychologique.

Quand une telle accroche se produit, l'effort de l'équipe tend à travailler un projet de vie autre pour le patient, dans le sens de l'aider à penser un autre projet de vie. La suite est toujours un long chemin, qui nécessite la présence d'un véritable réseau d'aides. Le réseau habituel d'une équipe de psychiatrie qui travaille réellement sur le terrain doit ici se compléter de structures, d'associations spécifiques quant à l'approche des toxicomanes ou de l'alcoolisme. La possibilité de voir la personne dépendante s'y engager est aléatoire, mais un tel réseau est la configuration où un travail relationnel permet l'accès à une structure de soins avec l'engagement du patient, même passager dans le temps.

5) Suivi extra hospitalier : le réseau

La croissance exponentielle des situations plus ou moins dramatiques de précarité et d'exclusion marginalise une part de plus en plus importante de la population. Cette population est en danger de mort sur trois registres : mort sociale, mort physique et enfin mort psychique. Nous avons collectivement le devoir d'assistance à personnes en danger de mort. Cette triple menace montre que la réponse ne peut être le fait d'un seul ou d'une seule institution mais un ensemble de réponses en réseau.

Des enquêtes récentes montrent qu'environ un tiers des personnes en situation de rupture des liens sociaux (famille, amis, travail, loisirs...) et présentant des troubles psychiatriques ne reçoit aucun soin spécifique.

Sans reprendre tout ce qui a été écrit plus haut, trois raisons essentielles semblent à l'origine de cette absence de soins :

- d'une part ces personnes ne ressentent pas le besoin de soin spécialisé et font des autres problèmes plus immédiats ou physiquement plus gênant leur priorité ;*
- d'autre part les offres de soins ne leurs apparaissent pas facilement accessibles ou bien sont trop différenciées et isolées de l'ensemble des structures (sociales ou soignantes) qu'ils fréquentent ;*
- enfin l'organisation des structures de soin apparaît trop rigide et incapable de s'adapter aux modes de vie, aux capacités de gestion du temps et de l'espace de ces personnes.*

Sans oublier :

- les troubles du comportement dus à des habitudes toxicomaniaques pour lesquels l'efficacité des prise en charge est aléatoire, difficile et incertaine ;*
- les difficultés, ultérieures et en même temps essentielles pour la continuité des prises en charge, qu'entraînent la désinsertion socioprofessionnelle, l'isolement familial, la perte de tout lien social ;*
- la réticence enfin des équipes de secteur à intégrer ces personnes dans leur file active et à les faire bénéficier de l'ensemble de leurs structures de soin.*

En dehors des manifestations pathologiques les plus importantes et évidentes, il ressort des études évoquées ci-dessus que les travailleurs sociaux expriment des demandes variables mais toujours réelles.

Une première nécessité est donc de ne pas "se défilier", de repérer et de mettre en place un système de "rencontres-échanges" avec les équipes concernées dans les lieux et les horaires de celles-ci. Donc de mobiliser du personnel formé disposant de temps et capable de s'adapter.

Répondre aux équipes sociales et proposer une écoute adaptée impose de vouloir "sectoriser" de façon souple leurs structures et les personnes qui les

fréquentent. Il s'agit donc de "travailler ensemble", de créer de nouvelles approches, des groupes de parole le plus souvent.

Selon les actions menées et le type de partenaires (accueil de jour, "boutiques" ouvertes 24h./24, Samu Social, centres d'hébergement d'urgence, services sociaux départementaux, municipaux, associations caritatives, établissements scolaires, PJJ, club de prévention...) la densité, la mobilité et la diversité des personnels soignants à envisager diffèrent pour chaque secteur. Dans certains cas l'importance de la population concernée obligera la réponse groupée de plusieurs secteurs. L'essentiel étant d'envisager la mise en place d'une "présence psychiatrique" originale entre structures institutionnelles à l'échelle de chaque secteur ou association de secteurs. Les notions de collaboration, de partage et d'échange devant dynamiser les prise en charge.

Il est indispensable également que la création de ces réseaux intègre la nécessité d'une liaison forte avec le circuit habituel des urgences (les hôpitaux généraux), car celui-ci est naturellement utilisé par les personnes en errance.

L'on peut imaginer que généralement les interventions auront lieu sur quatre niveaux :

- mobilité maximale dans les structures d'accueil informel ;*
- présence régulière et concertée dans les structures d'accueil ou d'hébergement à horaires fixes ;*
- rencontres programmées avec les équipes sociales de type municipal ou départemental ;*
- liens organiques plus médicalisés dans les centres hospitaliers recevant les urgences.*

Le concept de réseau est ici une obligation mais dans une acception ouverte et adaptative. Non pour qu'en résulte la création de structures-ghetto marginalisant encore plus les personnes déjà exclues.

Bien entendu nous considérons que cette organisation ne peut se mettre en place par simple redéploiement de moyens qui pour l'essentiel sont déjà utilisés au maximum. Ces activités doivent être soutenues par un financement spécifique qui ne se perde pas dans celui des actions classiques déjà engagées sur les secteurs mais viennent en un complément bien individualisé.

6) Aspect social : l' intégration

L'insertion professionnelle des personnes en situation d'exclusion et souffrant de troubles psychiques n'est pas, à première vue, un objectif pour les professionnels en santé mentale. Néanmoins il faut se rappeler, malgré le paradoxe actuellement vécu par toute la population des exclus, que l'insertion est inscrite dans les missions des secteurs de psychiatrie et que le droit au travail figure dans la déclaration des Droits de l'Homme.

Nous devons donc nous préoccuper de cela.

C'est d'ailleurs dans cette dimension que la constitution, la dynamique des réseaux devient un impératif. Ces réseaux se justifient alors d'autant plus que les équipes de secteur psychiatrique ne sont pas formées pour ce type d'intervention ; elles manquent de motivations, de créativité, de possibilités...

La séparation du sanitaire et du social (sans oublier l'économique ni le politique) est là comme une frontière infranchissable. Il est donc nécessaire d'imaginer des passerelles permettant des actions communes et également la présence dans chaque champ des intervenants de chaque compétence. La personne en situation d'exclusion ne peut être découpée en tranches indépendantes les unes des autres. Sa situation en regard du logement comme du travail est liée structurellement à sa santé et inversement.

C'est de la mise en commun des pratiques que sortira l'équilibre et la cohérence des actions permettant aux sujets de retrouver en même temps que la santé la réalité de sa place dans la société.

L'économie de nos jours, c'est à dire dans un moment historique d'affaiblissement des idéologies, a beaucoup de difficulté à situer sa raison d'être sur un axe de solidarité. Son système, sa référence et son horizon sont limités au comptable, aux " lois du marché ". Il n'y aurait pas d'alternatives.

Nous poserons le postulat que ce système est obligatoirement évolutif, comporte ses exceptions et en même temps que ces exceptions fondent leurs nécessités sur les hommes qui y participent et le font exister. Donc nous aurons à travailler avec les hommes de l'économie, à apprendre d'eux et à leur apprendre à intégrer les dimensions du sujet et de sa parole.

Le social, qu'il soit composé des services publics ou bien de la société civile par le biais de l'associatif, est exsangue. Il n'a que les bonnes volontés et les bonnes paroles. Il est entièrement miné par la place résiduelle et accessoire dans laquelle le relèguent tous ensemble l'économie et le politique. Il est cependant le seul en position de savoir la réalité quotidienne et à avoir développé les outils et les chemins de rencontre et de communication entre les divers composantes des groupes humains.

Nous sommes en position de demandeur vis à vis de lui contrairement à ce que beaucoup d'entre nous pensent. Il est important de se tourner vers ceux qui en ont une vision largement plus complète, en perçoivent les lignes de partage et ont établi des outils de jonction, d'échange, de reconnaissance.

Nous ne saurons faire notre métier complètement que si nous admettons qu'ils ont à nous apprendre et si nous acceptons de nous fonder partiellement dans leurs réseaux. C'est dans la confrontation que nous pourrions affirmer notre identité. Que l'on ne nous objecte pas qu'il y a là en germe le risque d'une psychiatrisation de la détresse sociale mais reconnaissons que nous n'avons pas tous les outils pour que tous ceux qui auraient besoin de soins puissent y accéder et nous rencontrer.

VI - PROPOSITIONS

A - Les Logiques

Nouvelles méthodes d'offre de soins adaptés :

1) Logique adaptée au site et à son volume d'activité

Les soins aux exclus devraient être proposés selon une logique tenant compte du mode de fonctionnement local : arrondissement, quartier, ville, canton ... peuvent représenter une unité de circonscription et de circuits d'actions sociales sur laquelle viendrait s'appliquer la logique de soins.

Cela nécessite :

1 - d'établir une liste exhaustive de tous les services sur le site (avec ou sans hébergement) qui rencontrent des sans-abri, SDF.

2 - de mettre en place des rencontres-échanges entre ces services et le secteur (ou les secteurs, départements, fédérations) concerné afin d'adapter une réponse à la demande locale, même si parfois celle-ci s'étend aux extrêmes :
"pas de psy ici, mais laissez-nous un moyen de vous joindre 24h sur 24" ;
"prenez tout le monde en thérapie, accueillis et accueillants".

3 - d'établir des conventions entre Secteur et ces institutions dans le respect de la loi hospitalière.

2) Logique de réseau entre tous les partenaires du site

Un réseau reste à établir entre les différents partenaires sur le terrain. Les objectifs seraient :

- d'informer (associations, population générale, centres, ...)*
- de former ceux qui le souhaitent (bénévoles, mairies, foyers, ...)*
 - aux particularités de l'accueil des SDF*
 - aux troubles psychiques pouvant être rencontrés*
 - aux conduites à tenir : correspondants, circuits, ...*

Les réseaux créés autour de la pathologie liée au VIH peuvent servir d'exemple. Il est fort probable que les éventuels réseaux d'aide aux exclus recoupent en partie ceux-ci.

3) Logique de projet de soins individualisés

Les soins proposés aux exclus ne doivent pas renforcer l'exclusion : si l'hospitalisation par excès afin de faire accéder aux soins apparaît un moyen de lutte contre l'exclusion des soins, l'expérience a montré que l'hospitalisation - surtout prolongée - aggravait l'exclusion.

De même en ce qui concerne les soins extra-hospitaliers : pas de CMP pour SDF, de pavillon pour démunis, de psychotropes de la resocialisation.

L'utilisation des circuits de l'urgence doit s'envisager que s'il s'agit effectivement d'une situation d'urgence et non comme un moyen d'accès courant et habituel aux soins car dans ces cas les projets thérapeutiques ne sont pas élaborés, L'équipe d'accueil est considérée alors comme une "option thérapeutique passive", tout a été essayé, "il n'y a plus que le secteur... et en urgence".

Pour limiter le phénomène, cela impose l'intervention de l'équipe du secteur à tous les niveaux de ce circuit :

- les déplacements au plus près de la crise,*
- la présence dans les services des HG,*
- la présence, l'astreinte, les interventions aux urgences et notamment dans les hypothétiques SAU afin d'élaborer un projet de soins individualisé et de le programmer.*

Priorité doit être donnée aux soins en dehors de l'hôpital :

- soins ambulatoires à l'initiative du patient,*
- mise en place d'un accueil régulier au CMP avec possibilité d'accueil souple (plutôt des plages de demi-journées que des rendez-vous au quart d'heure près à une personne ayant dormi quatre heures sur un carton ...)*
- maintien sur le lieu de vie, visites dans les centres d'hébergement, foyers et autres,*
- assistance du secteur sur le lieu de soins médicaux.*

Développer les alternatives à l'hospitalisation :

- foyers, appartements thérapeutiques, ...*
- chantiers-école ou chantiers thérapeutiques : permettant aux patients de retrouver un rapport au travail, à la création.*

Proposer une permanence du lien plutôt qu'une permanence du lieu : cela impose un nécessaire relais avec d'autres secteurs lors de l'errance ou l'itinérance de la personne traitée.

Un contrôle de la distribution des psychotropes est à mettre en place : prescriptions et automédications sauvages semblent favorisées par un marché parallèle du médicament. Une distribution gratuite, mais sous contrôle médical, limiterait les détournements.

4) Logique de prévention

L'état psychique des sans abris, SDF, exclus, peut être rapproché d'un état post-traumatique. Cette approche conduit à des attitudes thérapeutiques particulières :

- évaluation la plus précoce possible sans attendre une demande, ce d'autant qu'elle est formulée le plus souvent sur le mode d'une plainte somatique,*
- offre d'un "temps-lieu" d'écoute non formel :*

- " points d'écoute " : gares, métro (plan urbain), mairies
- écoute téléphonique : n° vert,...
- soutien des intervenants avec mise en place de Temps de Réflexion / Action à tous les niveaux afin d'assurer la cohérence des projets avec les partenaires sur le secteur géographique : des groupes Balint ou toute autre forme de réflexion institutionnelle et individuelle peuvent par exemple s'envisager.

Au sein même des Services de secteur, il serait opportun de se donner les moyens d'une évaluation des futures ou prévisibles situations de précarité chez les patients hospitalisés (fin de droit, fin de bail, fin d'allocation, expulsion envisagée ...). Ceci permettrait parfois de retarder des procédures ou d'envisager à temps des relais ou autres solutions. Il ne s'agit là que d'anticiper les voies de précarisation.

Enfin l'élaboration de projets sanitaires et sociaux conventionnés pour des actions de réinsertion sociales et professionnelles serait nécessaire.

B - Les Développements

1) Propositions générales

Elles sont destinées à améliorer la prise en charge de ces personnes.

1 - Sensibiliser et former les intervenants de tous ordres à ces problèmes spécifiques afin de développer une approche plus adaptée pour regagner la confiance et permettre l'établissement d'un lien. Il faut pour cela une plus grande flexibilité de la réponse et apprendre à se défaire de conduites un peu normatives nées de certaines rigidifications bureaucratiques des systèmes de soins (plans de soins par exemple).

2 - Coordonner les structures de secteur avec les structures de réseau. On pourrait ainsi proposer et inciter les secteurs à s'articuler avec les structures d'hébergement et les lieux d'accueil qui se trouvent sur leur territoire pour initier une possible réponse en aval ce qui est une action de prévention. A titre d'exemple, certains squats ont une autogestion de la demande d'aide en psychiatrie et se font ainsi rapidement connaître de services d'urgence ou de CMP qui sont proches. Ce type d'articulation tout à fait exceptionnel ne tient compte que de la qualité qu'ils ont reçue lors de leur premier contact. Ainsi la prévention de l'itinérance devrait progressivement être prise en compte comme une nécessité de toute première importance et non un fardeau qui entrave la bonne marche des soins.

3 - L'hospitalisation de longue durée ne semble pas bénéfique car elle enclenche des processus de dépendance et bien souvent un nursing impossible à retrouver ailleurs. Il serait donc souhaitable de créer des structures d'hébergement d'urgence sur le mode des postcures à double tarification (il faudrait pour cela réviser les textes de la double tarification qui sont en matière de prix de journée encore dépendants des tarifs hospitaliers). Il faut signaler que la plupart des hôpitaux affirment ne plus pouvoir effectuer des créations par le système du redéploiement. D'autre part, la maîtrise des financements

sociaux est encore l'enjeu de luttes de pouvoir (relations DDASS département/hôpitaux).

Le difficile problème des coordinations pourrait peut-être passer par un système de régulation qui pourrait être la mission d'une personne dont la formation pourrait être diverse mais l'intérêt marqué pour ce travail.

En tout état de cause, il s'agirait de temps d'activité définis dans le cadre d'un objectif de service bien défini.

2) Propositions pour la prévention

Un certain nombre de recommandations, outre celle de s'inspirer fortement des circulaires existantes, pourrait inciter les équipes à plus de vigilance en ce domaine :

1 - La création d'un pôle de santé publique dans chaque hôpital, lorsqu'il n'y en pas déjà. Ce pôle sera susceptible, entre autres missions, de participer à toutes actions utiles dans le domaine qui nous concerne : collaboration avec les réseaux, consultations, informations, recherches etc....

2 - Un programme pluriannuel d'information et de formation pour tous les personnels.

3 - A partir d'un pôle hospitalier, la mise en place d'Enseignements Post-Universitaires sur le sujet avec les médecins généralistes mais également les psychiatres.

4 - L'obligation pour toute équipe de secteur de préparer avec les professionnels du réseau sanitaire et social la sortie des patients atteints d'affection chronique de manière à éviler chaque fois que c'est possible toute difficulté sociale majeure, facteur d'aggravation de la pathologie et d'exclusion, et que lesdits patients puissent avoir un recours facile et rapide à l'équipe de secteur, en cas de difficulté.

5 - Un renforcement, si besoin, des liens des équipes extra-hospitalières avec les professionnels du réseau sanitaire et social.

6 - La suppression ou au moins une révision vers le bas du tarif du forfait hospitalier, tarif tellement prohibitif pour les plus démunis qu'il incite les malades mentaux eux-mêmes à écourter leurs hospitalisations ou à y renoncer.

7 - Il y a nécessité à faire passer l'idée que notre travail n'est pas fini lorsqu'une personne est capable d'autonomie. La prévention c'est aussi de se préoccuper de la qualité de vie des patients. C'est donc de mettre en place, de manière concertée, avec des partenaires du social, de l'économique, du politique, des processus d'insertion. Dans ces cas là il ne s'agit pas de se contenter de simples échanges de bonnes idées mais d'actions concrètes.

3) Propositions pour l'hébergement

1 - Permettre l'adoption de mesures à caractère urgent au niveau de la COTOREP (ce qui peut se faire actuellement pour d'autres pathologies). Il n'est pas actuellement possible dans la plupart des départements d'obtenir une AAH avec un délai minimum de trois à quatre mois.

2 - Favoriser la réservation de places conventionnées avec Allocations de Logement Temporaire dans le cadre spécifique de la psychiatrie.

3 - Favoriser l'établissement de liens (par exemple conventionnels) entre les établissements psychiatriques et les offices HLM et autres institutions gérantes de logements sociaux.

Accent doit être mis sur la nécessité d'éviter au maximum les regroupements. En effet, l'hébergement, stable au sein du tissu urbain ordinaire, peut être considéré comme la toute première forme de réhabilitation, c'est-à-dire de retour à la forme de citoyenneté. On le constate le plus souvent c'est à partir de cette mesure que pourront être réengagées des formes de réadaptation à l'activité professionnelle. En tout état de cause, c'est souvent un leurre que de considérer cette dernière comme étant le préalable nécessaire à l'accès au logement.

Les appartements associatifs des secteurs de psychiatrie permettent à un certain nombre de patients de sortir de l'hôpital dans des conditions correctes.

Leur nombre croissant pose cependant la question de la gestion par des équipes de soin de logements qui relèvent le plus souvent de l'hébergement social. La définition d'une politique du logement qui intégrerait ces appartements associatifs à l'ensemble du logement social, avec une gestion adéquate, permettrait de lever l'ambiguïté des rôles et surtout de démultiplier les possibilités de logement pour les sortants d'hôpital psychiatrique.

4) Propositions pour les dépendances

Notre position est donc d'affirmer une triple nécessité :

1 - Celle de la multiplication des formes d'accueil psychologique sur le terrain.

2 - Celle de constituer un réseau social, avec ici la spécificité d'y intégrer des associations et des structures de soins dont l'objet est la lutte contre la toxicomanie. Il faut insister ici sur la nécessité de prendre contact et de travailler avec les réseaux qui se sont constitués autour des traitements de substitution et notamment de la méthadone.

3 - Celle de personnaliser la démarche, l'instauration du transfert du patient sur un thérapeute étant la seule possibilité d'une démarche de soins.

5) Propositions pour les adolescents

Elle s'effectue à deux niveaux :

- d'une part, directement auprès des jeunes en question présentant des troubles psychiatriques classiques éventuellement majorés par le mode d'existence et les adjuvants toxiques.

- d'autre part, en aidant les intervenants de terrain à élaborer les difficultés et angoisses créées par ces rencontres.

1 - Accueil des jeunes malades

a - Il n'y a pas lieu de créer des structures psychiatriques spéciales destinées aux jeunes en errances présentant des troubles psychiatriques. L'infrastructure en place doit pouvoir les accueillir avec les aménagements et difficultés propres aux sans ressource, sans domicile, parfois sans papier.

b - Le renforcement actuel des présences de soignants psychiatriques aux "services porte" des hôpitaux généraux constitue un élément de premiers soins et d'orientation qu'il ne faut pas sous estimer. L'existence de ces pratiques permet de situer mieux la nature des problèmes cliniques et leur intrication avec les difficultés sociales. Elle permet aussi d'élaborer des réponses plus fines et au moins de poser les questions.

L'insertion régulière et durable de membres des équipes de pédopsychiatrie au sein des services de pédiatrie de manière contractuelle renouvelable est souhaitable. Cette implication permet d'appréhender dans une moindre précipitation les situations concrètes et le degré de souffrance des adolescents hospitalisés en pédiatrie ou dans d'autres services de l'hôpital.

Les motifs de l'hospitalisation peuvent être directement liés à une situation de rupture en train de s'actualiser : ivresses d'origines variées, tentatives d'autolyse, accidents sur la voie publique. Mais derrière des situations organiques moins évocatrices on peut être amené à constater une situation d'exclusion touchant l'ensemble ou une partie de la famille du jeune, situation dont la mesure est à prendre.

Le détachement à mi-temps d'un infirmier joint au passage ponctuel du psychiatre ou du psychologue est d'emblée efficace pour les jeunes et pour les équipes pédiatriques. En effet ces dernières sont focalisées à juste titre sur les problèmes somatiques des enfants qu'elles ont la responsabilité de soigner. Elles disposent de peu de temps pour consacrer les heures nécessaires à l'accueil d'un adolescent abandonnique globalement souffrant.

De telles hospitalisations de sujets carencés, traumatisés, dont la désinsertion est plus ou moins avancée et ancienne crée un sentiment d'insécurité profonde parmi les soignants qui se sentent débordés. Dans ce contexte une présence psychiatrique tierce, même légère pourvu qu'elle soit stable, régulière et bien repérable dans la semaine, favorise la mobilisation des potentiels de disponibilité et d'intérêt de l'équipe.

Le bilan et l'accompagnement spécifique d'un jeune est alors beaucoup plus loisible à initier. Il est d'autant plus envisageable que du temps lui est accordé dans ce cadre souvent très bénéfique.

A ce sujet notons que les conditions tarifaires très élevées en pédiatrie ne favorisent guère le maintien dans ces lieux d'adolescents qui ne présentent pas de troubles organiques nécessitant une hospitalisation mais surtout des difficultés psycho sociales. Certains trouvent là cependant un cadre hôtelier et humain en particulier dans lequel ils puisent des ressources sans pour autant recourir à la technicité médicale pédiatrique à proprement parler. Peut être y aurait-il lieu d'examiner les problèmes tarifaires qui limitent ces accueils si féconds.

c - De même les services d'accueil psychiatriques permanents sectoriels ou pluri sectoriels peuvent accueillir ces jeunes malades et prévenir une majoration des troubles. Ils peuvent initier une relation d'aide et de soins particularisée qui ne soit pas réifiante.

d - Là où des réalisations sociales publiques ou associatives existent visant à assurer repas, douches, contacts sociaux et éducatifs on peut, lorsque cela est effectif, voir à quel point la présence d'un soignant quelques heures dans la semaine et disponible téléphoniquement est utile : pour certains jeunes qui nouent là un premier contact avec une ouverture thérapeutique et pour l'équipe qui peut parler.

e - Enfin notons que le travail dans les collèges et autres lieux dévolus aux adolescents, peut limiter l'éclosion de situations désastreuses ou du moins contribuer à en amoindrir l'ampleur.

Les collèges et lycées constituent encore pour beaucoup d'adolescents le dernier espace de socialisation qui tient dans le contexte d'une précarité familiale s'accroissant. C'est le cadre privilégié pour l'expression de leur désarroi selon les modes propres à leur âge, à la structuration plus ou moins ancienne de leurs difficultés, l'errance et la déscolarisation plus ou moins ancienne en étant une figure.

Cette détresse perçue par les équipes pédagogiques et médico-sociales les déborde et les amène à demander écoute et aide.

L'offre de soutien, l'élaboration commune de cadres d'accueil, la recherche immédiate et à moyen terme de possibilités de traitement adaptés aux enfants en question sont d'autant mieux acceptés par les personnels des collèges que les équipes psychiatriques remodelent leur cadre de travail de manière sensible pour appréhender ces réalités massives de la souffrance contemporaine.

On peut être surpris des résultats rapidement positifs de ces interventions et de la modeste des demandes effectives d'aide le plus souvent opportunes et justifiées.

Insistons sur la nécessaire contractualisation de ces pratiques et sur l'aval néanmoins nécessaire des tutelles : DDASS et IA.

En outre ce travail permet seul de joindre des familles en grande difficulté qui n'iront pas consulter spontanément.

L'aide aux enseignants est indirectement une aide aux adolescents les plus menacés. Le contact direct avec ceux-ci n'est pas toujours possible ni toujours requis. La proximité avec ceux qui au collège se soucient le plus d'eux la rend souvent accessible à plus ou moins bref délai avec toute la prudence que l'on conçoit. D'une certaine manière soutenir le cadre permet de soutenir ces jeunes.

Une reformulation des pratiques soignantes en psychiatrie publique est peut être à envisager, un inventaire de ce qui se fait serait du moins souhaitable si l'on veut développer une approche non académique d'adolescents par ailleurs inaccessibles.

2 - Travail avec les tiers sociaux

L'expérience des équipes de secteur, leur capacité d'immersion dans la communauté permettent d'aborder les problèmes de l'errance et de la précarité de manière dynamique avec les personnes, professionnels ou non qui s'y confrontent. Pour celles-ci les points de rencontre habituels avec ces jeunes autour de la nourriture, de l'hygiène, de l'hébergement, des occupations et emplois sont souvent appréciés comme des buts en eux-mêmes ; un regard de soignant psychiatrique accoutumé à l'usage de nos médiations avec les patients peut aider les dispensateurs de ces services à mieux appréhender les traits fondamentaux de la relation abandonnique qui les sous-tend.

La mise en place de telles concertations régulières et suivies, déhiérarchisées, est facilement réalisable vu les contacts anciens que certains personnels de la psychiatrie entretiennent avec les travailleurs sociaux, les habitants des quartiers, les personnes "clef".

Pour modeste qu'il soit, l'accompagnement par quelques soignants des travailleurs sociaux et autres personnes qui le désirent dans leur travail d'accueil peut favoriser des solutions et des évolutions imprévues en révélant, entre autre, les potentialités des réseaux. Il contribue de toute manière à renforcer un cadre que la précarité par elle même tend à dissoudre.

Il est souhaitable que les services psychiatriques puissent confier à des soignants intéressés cette tâche spécifique de liaison et de soutien en direction des personnes de terrain impliquées.

C - Les Moyens

1) Les principes

Les moyens permettant la mise en application de ces propositions sont essentiellement extra-hospitaliers et corrélés au temps soignant.

- Travail en réseau, déplacements, réunions, synthèses.
- Présence médicale, infirmière, para médicale.
- Psychothérapies : temps d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres, de psychanalystes.

Les expériences pilotes de quelques secteurs volontaires atteignent vite un seuil de saturation car l'investissement en temps est particulièrement important.

2) Les personnes pour le faire :

Il a été souligné ci-dessus à de nombreuses reprises que la mobilisation des équipes était indispensable et l'on précisera que ce travail de création souvent et d'activation des réseaux ne peut être obtenu que s'il est accompli par des personnels motivés, formés et soutenus par les différentes instances concernées (médicales, infirmières, administratives, sociales...)

Il faut bien entendu commencer par une évaluation des réalités locales (besoins et ressources) : la population des sans abris, les services sanitaires et sociaux, les associations et les ONG qui sont concernées ou qui s'y consacrent, les structures d'accueil d'urgence, les lieux d'hébergement, les programmes éventuellement déjà en place, les demandes clairement formulées et celles qui le sont moins...

Selon les résultats de ce premier bilan il est nécessaire que chaque secteur établisse un projet de travail (pour lui seul ou bien avec une dimension intersectorielle ou même au niveau de l'établissement d'implantation) et, selon l'ampleur des besoins et du travail à faire, précise un profil du ou des postes envisagé(s). Ces postes doivent être demandés obligatoirement pour les actions en direction des sans abris et ne pas servir à d'autres missions du travail de secteur.

La qualification professionnelle sera variable et l'on peut certainement prévoir que les postes seront le plus souvent occupés par des psychologues, des infirmiers ou même, avec des formules de temps partiels, des médecins - surtout pour le travail de collaboration avec les urgences dans les Hôpitaux Généraux.

L'on peut imaginer que les secteurs des grandes métropoles et des banlieues, confrontés à des populations importantes de sans abris, auront plus besoin de ces personnels que d'autres secteurs. Ceux-ci devront les partager avec une ou plusieurs autres équipes.

D - Les instances

1) Au niveau de l'établissement

La création de commissions permettrait le développement et le suivi des initiatives à l'échelle des établissements.

Dans les établissements spécialisés, les professionnels occupant les postes ci-dessus devront être soutenus comme nous l'avons dit plus haut. Cela implique que dans chaque établissement soit créé en CME une commission ayant pour mission la coordination du travail sur la prise en charge des personnes en grande difficulté dans les divers secteurs, l'analyse des problèmes rencontrés. Elle rendra compte régulièrement de ses travaux à la CME. Cette commission devrait notamment s'attacher aux problèmes posés par la "sectorisation" des SDF qu'ils soient hospitalisés ou bien suivis en ambulatoire sur les structures extra-hospitalières des secteurs de l'établissement. Elle devra aussi édicter et suivre l'application de règles de continuité des soins.

Dans les établissements de soins généraux, il pourra s'agir d'une commission hospitalière rendant compte de ses travaux aux instances de l'hôpital (CME, CTE, CSSI, CA). Ces commissions s'attacheront également à échanger avec les autres établissements du département ainsi qu'avec le CDSM.

Le projet d'établissement devra tenir compte des travaux de ces commissions.

2) Au niveau du département

Création d'une commission au CDSM avec deux types de missions.

a - Les missions médicales ne concernant exclusivement que les services de secteur :

La Commission ne comprendrait alors, à ces moments là, que les représentants des Établissements concernés et les organismes d'orientation en urgence. Il pourrait lui être confié :

--- une Mission d'évaluation de la répartition des structures d'accueil des SDF par Secteur d'une part et d'autre part de traiter les demandes formulées auprès des Secteurs.

Ces dernières sont de deux ordres :

- soit un déplacement sur le lieu de vie ou d'accueil pour avis médical, orientation, relais, contacts,... prise en charge locale et temporaire soutien aux équipes, groupe de parole.*
- soit une consultation sur les structures du Secteur pour porter les indications de soins tant extra hospitaliers que intra hospitaliers.*

--- Une Mission de réglementation afin de rappeler, élaborer, diffuser des règles de répartition des SDF aux services concernés.

En Ile de France par exemple, les rôles des organismes de régulation (CPOA et IPPP), débordent largement Paris et concernent toute la région.

-- Une Mission de recherche visant à étudier des enquêtes terminées, proposer d'autres enquêtes, et l'on peut citer, par exemple le projet de l'U.S.I.S. à Paris 14° qui veut, à partir d'une unité de soins existante depuis longtemps faire une étude et des propositions pour "La réduction des risques d'exclusion chez les très jeunes enfants". L'étude des propositions d'accès aux soins, des expériences novatrices, des expériences ciblées lui serait confiée et les résultats de celles-ci seraient portés à la connaissance des membres du CDSM.

b - Les missions non médicales concerneraient tous les partenaires.

La Commission pourrait alors, **à ces moments là**, être élargie aux représentants des différents partenaires sociaux, associatifs,...

Il pourrait lui être confié la mise en place d'un réseau sur le terrain dont les objectifs ont été évoqués plus haut. Mais également mission de développer les liens avec les autres responsables (Sécurité Sociale, DASS, Ministères, ...) et de favoriser les rencontres avec d'autres réseaux (Espas, Réseau Ville-Hôpital...)

c - Composition de la commission départementale

- Représentant des services de la DDASS : MIDSMS, chef du service social.
- Représentants des services médicaux et sociaux des établissements hospitaliers.
- Représentants des services sociaux : CHR, BAS, Services d'accueil d'urgence, Samu Social ...
- Représentants des associations : MDM, MSF, Emmaus, Croix Rouge...

3) Au niveau de la région

Poursuivant le schéma ci-dessus nous proposons qu'au niveau régional, à l'intérieur des DRASS, soient désignés des personnels (MIRSM et Chef du service Social) qui auront la mission :

- de la coordination régionale,
- de l'équité dans la répartition des moyens attribués,
- de la tenue régulière d'une réunion où siègeront des représentants de chaque CDSM,
- de proposer et de soutenir éventuellement des actions de recherche ou bien des expériences originales ; on peut citer ici, en exemple de projet d'intérêt régional, celui d'un observatoire régional Rhône-Alpes sur "La déqualification sociale et les nouvelles formes de souffrance psychique",
- d'assurer la transmission des informations venues du terrain comme du niveau national.

Il faudra tenir compte et adapter le travail aux particularités sur ce sujet des grandes agglomérations et de leurs banlieues : Lille, Paris, Lyon, Marseille.

4) Au niveau national

Plusieurs ministères (Santé, Affaires Sociales, Ville, Logement, Actions Humanitaires, Justice, Économie), ainsi que nous l'avons écrit dans ce rapport, sont concernés par les problèmes sanitaires des populations sans abris et nous proposons que soit créé au niveau interministériel un **Observatoire National de la grande exclusion**, rattaché aux services du Premier Ministre, dont la composition (des représentants de chaque ministère concerné ainsi que quelques personnalités) montrera l'intérêt et l'effort des pouvoirs publics en direction de ces personnes.

Il aura pour mission :

- de centraliser et diffuser les informations,
- de mettre en place un certain nombre de missions spécialisées et, parmi celles-ci, une "**Mission Nationale Psychiatrie et Grande Exclusion**" chargée de susciter et suivre les initiatives régionales, départementales et locales,
- de réaliser des échanges au plan européen comme cela se met déjà en place depuis quatre ans.