



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2003

**LA PRISE EN CHARGE DE LA
SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES
RESIDENTS DES CHRS**

**DIFFICULTES DU PARTENARIAT AVEC LA PSYCHIATRIE
PUBLIQUE.**

La situation montpelliéraine

Pascale DERMECH GRENIER

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de prendre le temps de me recevoir dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, ainsi que mes collègues de la DDASS 34 qui ont eu la gentillesse de m'apporter les éléments d'information complémentaires.

Sommaire

INTRODUCTION :	1
1 PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE ET DES ACTIONS MISES EN PLACE.....	5
1.1 Chapitre 1 : la souffrance psychique liée à la précarité : une notion aujourd’hui reconnue et établie.....	5
1.1.1 La souffrance psychique des personnes en situation de précarité	5
1.1.2 Les résidents des CHRS : précarité, souffrance psychique et absence de demande :	7
1.2 Chapitre 2 : « une souffrance que les professionnels de la psychiatrie ne peuvent plus ignorer ».....	8
1.3 Chapitre 3 : l’Hérault : un département en crise à bien des égards.....	10
1.3.1 Le département de l’Hérault :	10
1.3.2 Montpellier:	12
1.4 Chapitre 4 : les actions mises en place plus spécifiquement en direction des CHRS :	18
1.4.1 Les consultations avancées d’infirmiers :	18
1.4.2 L’UMIPPP :	19
1.4.3 Une régulation des équipes CHRS:	21
1.4.4 Médiation institutionnelle de l’Etat :	22
1.4.5 Soutien renforcé à Via Voltaire :	23
2 DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES ENTRETIENS.....	25
2.1 Chapitre 1 : Un secteur social en pleine mutation :	25
2.1.1 Des missions nouvelles :	25
2.1.2 Une culture du travail social inadaptée :	26
2.1.3 Une injonction paradoxale : l’insertion	27
2.2 Chapitre 2 : Une psychiatrie en crise :	28
2.2.1 Le syndrome du supermarché : tout, tout de suite :	28
2.2.2 Evolution des besoins	28
2.2.3 Une diminution drastique du nombre de lits en quelques années :	29
2.2.4 Evolution de la démographie médicale et baisse des effectifs paramédicaux :	29
2.2.5 Une carence des réponses de proximité :	31
2.2.6 Une insuffisance des structures d’aval :	31

2.2.7	Une rigidité de fonctionnement : inadaptation de l'offre de soins par rapport au public en situation de précarité.....	33
2.3	Chapitre 3 : le travail en réseau : une illusion de plus ? :	34
2.3.1	Un sentiment d'instrumentalisation :.....	34
2.3.2	Une définition des champs de compétence de chacun à reconnaître :.....	35
2.3.3	Des modes d'organisation de l'accueil d'urgence mal compris :.....	36
2.3.4	Une réciprocité mise en question :	36
2.3.5	Une connaissance insuffisante des partenaires :.....	37
2.3.6	Des résistances au changement :	37
3	TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS	39
3.1	Chapitre 1 : du côté des CHRS.....	39
3.1.1	Une offre d'hébergement diversifiée :	39
3.1.2	Un projet institutionnel clair :.....	41
3.1.3	Une formation des travailleurs sociaux plus adaptée :	42
3.2	Chapitre 2 : du côté de la psychiatrie :	43
3.2.1	Renforcer les équipes de secteur:.....	43
3.2.2	Développer le secteur médico-social:	44
3.2.3	Rééquilibrer le rapport public/privé:.....	44
3.2.4	Développer les réponses de proximité:	45
3.2.5	Réfléchir aux transformations des professions :.....	45
3.3	Chapitre 3 : du côté des institutions :.....	47
3.3.1	Promouvoir la création d'un réseau de santé mental précarité :	47
3.3.2	Bâtir des alliances préventives :.....	49
3.3.3	Un possible atelier santé ville ?	51
3.3.4	Un choix politique : une société plus solidaire	52
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	LISTE DES ANNEXES.....	65

Liste des sigles utilisés

AAH: allocation adulte handicap
ARH : agence de l'hospitalisation
ARTT : aménagement de la réduction du temps de travail
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CAVA : centre d'adaptation à la vie active
CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : centre hospitalo-universitaire
CME : commission médicale d'établissement
CMP : centre médico-psychologique
COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ETP : équivalent temps plein
FDT : foyer à double tarification
FNARS : fédération nationale des associations de réinsertion sociale
HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : hospitalisation d'office
IDE : infirmière diplômée d'Etat
IRTS : institut régional de travail social
PDI : programme départemental d'insertion
PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
RMI : revenu minimum d'insertion
SDF : sans domicile fixe
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
UMIPPP : unité mobile intersectorielle psychiatrique pour les populations précaires
URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

INTRODUCTION :

Dans un rapport adressé au Conseil économique et social en 1987 (54), le père Joseph WRESINSKI alertait les pouvoirs publics sur l'ampleur de ce que l'on appelait alors en France la « nouvelle pauvreté ». Il préconisait la mise en place d'un revenu minimum garanti pour renforcer la dignité et l'intégration de ceux qui cumulaient les handicaps sociaux. Quelques mois après sa mort, la loi du 1^{er} décembre 1988 instaure le RMI, dernier filet de sécurité pour les plus démunis.

Le RMI impliquait une démarche d'accompagnement, en vue de l'insertion de ces personnes exclues, qui a vite trouvé ses limites pour un bon nombre d'entre eux. En effet, les professionnels du social ont constaté chez ces personnes un état de mal-être, une souffrance psychique qui vouait le plus souvent toute démarche d'insertion à l'échec, malgré la facilitation de l'accès aux soins procurée par l'aide médicale des bénéficiaires du RMI.

Face à cette symptomatologie présentant des caractéristiques de la maladie mentale, les équipes de terrain ont cherché de l'aide du côté de la psychiatrie. Devant l'ampleur de cette problématique, les pouvoirs publics interpellés ont commandité rapports et études diverses. Ceux-ci, et notamment celui du groupe présidé par STROHL et LAZARUS, ont mis en évidence une nouvelle clinique psychosociale de la précarité, traduisant cette souffrance particulière, qui ne peut cependant être traitée uniquement par l'intervention de la psychiatrie. Ils ont également souligné la nécessité d'une collaboration étroite entre les professionnels du social et de la santé mentale. Il est en effet important d'écouter cette souffrance, de mieux la prendre en charge, y compris par le système de soins quand elle le justifie, et parallèlement, améliorer l'insertion des « démunis » dans la communauté en tant que citoyen à part entière. C'est l'action conjuguée de l'accompagnement social et de la psychiatrie qui permettra d'avoir un impact positif sur ce « mal-être » des personnes démunies.

La Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 (71) a institué dans son volet santé la mise en place des PRAPS, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis. Lors de leur élaboration, la problématique de santé mentale des personnes précaires est encore apparue prédominante, de même que les difficultés des structures du secteur social et de l'insertion à travailler en partenariat étroit avec la psychiatrie de secteur sur cette question.

Bien qu'ayant fait preuve au début d'un certain attentisme sur le sujet, voir de déni, la plupart des professionnels de la psychiatrie reconnaissent actuellement l'existence de cette souffrance psychique des personnes en situation de précarité, et la nécessité d'une

plus grande collaboration avec le secteur social. Mais les choses évoluent très inégalement selon les territoires.

L'Hérault, département fortement touché par la précarité, avec un taux de bénéficiaires du RMI particulièrement élevé, ne fait pas exception à la règle. La souffrance psychique des personnes démunies a été soulignée à maintes reprises par les professionnels de terrain, du champ psychiatrique comme du secteur social, que ce soit lors de l'élaboration du volet santé du programme départemental d'insertion (PDI), ou bien du volet départemental du PRAPS.

La situation est particulièrement tendue et prégnante dans les CHRS, structures concentrant des personnes en grande difficulté, et plus spécialement sur Montpellier, ville à fort taux de précarité. Les équipes éducatives des structures d'accueil d'urgence et d'hébergement ont insisté sur l'importance des troubles repérés parmi les personnes qu'ils suivaient dans leurs établissements, et sur les difficultés qui en découlaient par rapport à leur mission d'insertion.

La DDASS a alors contribué à la mise en place d'actions, souvent en collaboration étroite avec le Conseil général. L'objectif était triple : d'une part, apporter un soutien technique aux professionnels de terrain face à ce public, d'autre part faciliter la prise en charge par la psychiatrie de ces personnes en situation de mal-être, et enfin construire les nécessaires articulations entre les deux champs.

C'est ainsi qu'ont été organisées :

- des consultations avancées dans les CHRS d'infirmiers de santé publique et d'alcoologie, et mise en place d'une unité mobile intersectorielle psychiatrique pour les personnes précaires (UMIPPP).
- des réunions de médiation entre les professionnels de l'insertion, des centres - d'hébergement et d'accueil d'urgence et ceux des différents secteurs psychiatriques. ,
- des réunions d'étude de cas entre les équipes des deux champs....,

Malgré tout, des difficultés persistent dans la prise en charge de la souffrance psychosociale des personnes démunies , exprimées par les professionnels, dans le cadre du SAHI ou du suivi du dispositif hivernal d'urgence et soulevées également par l'UMIPPP .

C'est la volonté de comprendre pourquoi des problèmes persistent malgré les actions mises en place dans les CHRS qui a motivé cette étude. D'autant que l'évaluation des actions réalisée dans le cadre de la synthèse annuelle du PRAPS est plutôt positive, ce que s'accordent à reconnaître les responsables des structures d'hébergement.

J'ai été amené dans le cadre de mes fonctions en DDASS à travailler sur l'accès aux soins des publics démunis, et plus particulièrement sur ce thème du mal-être.

L'approche globale inhérente à cette question m'a beaucoup intéressée. En effet, aborder cette question nécessite la mise en lien du champ sanitaire et du champ social d'une part, et d'autre part une approche transversale au sein de notre administration (pôle social et pôle santé DDASS). Elle amène également à développer un partenariat avec les collectivités territoriales, institutions impliquées dans la réinsertion des personnes démunies, notamment dans le cadre du dispositif RMI, mais aussi avec les structures hospitalières, plus particulièrement les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ainsi qu'avec les organismes d'assurance maladie pour l'accès aux droits des personnes.

Du point de vue social, nous connaissons bien l'impact sur la santé des déterminants sociaux comme la précarité. Le Haut Comité de la Santé publique (59) l'a rappelé en soulignant la lente dégradation de la santé des couches sociales défavorisées et l'augmentation constante, dans notre démocratie, des inégalités de santé des personnes en situation d'exclusion.

Du point de vue sanitaire, cette thématique constitue une problématique prioritaire de santé publique, plus spécifiquement dans le cadre des PRAPS.

La mise en œuvre d'actions tendant à améliorer la santé mentale des populations précaires et leur évaluation, source de nouvelles propositions d'ajustement, font partie intégrante de mes missions ; en effet :

- en tant que médecin inspecteur de santé publique et en lien avec l'ARH, nous sommes amenés à participer à la politique hospitalière. A travers le SROS psychiatrie, nous pouvons développer une stratégie de sensibilisation des établissements de santé et de recomposition de l'offre de soins, afin d'améliorer la prise en compte des problèmes de santé mentale des personnes démunies.

- elles obligent à un travail d'équipe en interne, et de partenariat en externe. Cette question implique un grand nombre de professionnels, aussi bien au niveau hospitalier que de la médecine libérale, qu'au niveau associatif et institutionnel. Le décroisement entre le sanitaire et le social devient une évidence. Les diversités d'approches et de points de vue des professionnels des différents champs concernés sont extrêmement enrichissantes. Ce sujet conjugue les actions concernant le soin mais aussi l'insertion et la prévention.

Cela permet de s'approprier pleinement la conception de la santé au sens large tel que définie par l'Organisation mondiale de la santé.

Le travail présenté ici est ciblé sur les publics fréquentant les CHRS de la ville de Montpellier, et tentera donc d'explicitier pourquoi la prise en charge de leur souffrance psychique par la psychiatrie publique du centre hospitalier universitaire reste problématique, malgré les partenariats développés.

Afin de répondre à cette question, la méthode retenue a consisté à : (cf annexe)

-rencontrer une douzaine de personnes dans le cadre d'un entretien semi-directif: directeurs de CHRS, travailleurs sociaux, responsables d'associations, psychiatres du CHU, le président de la CME psychiatrique, le directeur des services de psychiatrie, le chargé de mission santé mentale de l'ARH (agence régionale d'hospitalisation), l'inspecteur DDASS en charge du SAHI, la coordinatrice régionale du PRAPS, des responsables associatifs, les infirmiers des consultations avancées dans les CHRS et leur médecin coordinateur, l'équipe de l'UMIPPP, des usagers. Ces rencontres ont eu lieu sur le site de travail des personnes en dehors d'une rencontre à la DDASS ; elles ont duré de 45 minutes à 1h 30 et ont porté sur les problèmes rencontrés, du point de vue de l'interlocuteur, sur la prise en charge de la souffrance psychique des personnes précaires des CHRS par la psychiatrie du CHU, ainsi que sur la réalité du travail en réseau. Certains entretiens ont été enregistrés en parallèle d'une prise de notes. Ils ont tous été retranscrits et analysés par thèmes de réflexion.

-participer à un certain nombre de réunions pilotées par la DDASS dans le cadre du SAHI, du PRAPS, du PDI...

-visiter des structures sociales et psychiatriques

-étudier les rapports d'activité des différentes structures impliquées sur le sujet

-faire une revue bibliographique

A partir de là, il s'agira d'analyser:

-les limites rencontrées par les professionnels du social et ceux de la psychiatrie publique dans l'accomplissement de leurs missions

-les difficultés de communication existantes : chaque « camp » s'accusant l'un de vouloir psychiatriser le social, et l'autre de renvoyer sur les structures d'hébergement des personnes relevant manifestement du soin. Alors même qu'un partenariat semble souhaité par les deux parties.

Et enfin de faire émerger des propositions pour une meilleure coopération, articulation du sanitaire et du social, permettant de renforcer la prise en charge de la souffrance psychique des personnes exclues dans notre société.

Le résultat de ce travail sera présenté en trois parties.

La première partie comprendra une approche de la souffrance psychosociale dont il est question ici ; une présentation du contexte national sur les missions et le rôle attendu de la psychiatrie par rapport aux personnes en situation d'exclusion ; une présentation de la situation montpelliéraine et des actions mises en place depuis ces dernières années par l'Etat, aidé en cela par les collectivités territoriales. La deuxième partie présentera les résultats des entretiens et l'analyse qui en est faite. Enfin, des propositions pour améliorer le partenariat et le travail en réseau alimenteront la troisième partie de ce document.

1 PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE ET DES ACTIONS MISES EN PLACE

1.1 Chapitre 1 : la souffrance psychique liée à la précarité : une notion aujourd'hui reconnue et établie

Dans ce chapitre, on définira ce que l'on entend aujourd'hui par souffrance psychosociale, par précarité et ce que recouvre le terme résidents de CHRS.

1.1.1 La souffrance psychique des personnes en situation de précarité

Ce sont les travailleurs sociaux qui, confrontés à la question de l'exclusion, ont identifié des troubles psychiques vécus chez les personnes bénéficiaires du RMI qu'ils étaient chargés d'accompagner dans une démarche d'insertion.

Dès 1994, le colloque du Vinatier (22) postulait l'apparition d'une nouvelle pathologie « à l'articulation du travail social et de la démarche clinique des psychiatres » : cette clinique psychosociale, authentifiée également par le groupe de travail commandité par la Div-Dirmi (57) en 1995, se caractérise par :

- des signes corporels : attitude repliée, manière de se poser dans l'entretien,
- des troubles de l'humeur avec impossibilité de décider, histoire de pertes existentielles racontée de manière stéréotypée, incohérence du discours, détresse morale...
- un rapport au temps perturbé : répétition, oublis des rendez-vous, impossibilité de se projeter dans l'avenir
- des troubles du sommeil, de l'asthénie, des signes de dévalorisation de soi, mésestime de soi.
- un désinvestissement des engagements sociaux ordinaires : métier, obligations financières, école, hygiène...
- des conduites à risque multiples, des conduites addictives, des violences contre soi-même et contre autrui

Cette souffrance psychique se décline en sentiments de honte, honte qui enferme encore plus sûrement la personne dans l'exclusion, de perte de dignité, de mépris ressenti ou de négation. Maisondieu la qualifie de désespérance (37) et la distingue bien de la dépression, véritable maladie mentale, même si les symptômes sont les mêmes. Pour lui, considérer une personne exclue, présentant une souffrance psycho-sociale comme malade, consiste à lui coller une aliénation supplémentaire.

L'exclusion génère une souffrance psychique qui résulterait de facteurs complexes (66) qui s'auto-entretiennent : une vulnérabilité individuelle, des évènements de vie traumatisants, un contexte économique et social qui met l'accent sur l'accroissement des exigences de performance et de réussite individuelle.

Cette souffrance psychique, liée à la précarité, apparaît sur les lieux du travail social, mais également dans d'autres cadres professionnels où agissent enseignants, policiers, pompiers, agents d'accueil de l'Agence nationale pour l'emploi, de la Caisse d'allocations familiales (CAF), services d'urgence médicale...Elle devient un problème collectif, envahissant chroniquement les espaces publics sous forme de comportements dérangeants, voire de violences qui interpellent alors les politiques. Ainsi, ce n'est pas par erreur que les usagers expriment leur souffrance dans le champ social, à un non « psy ». Les professionnels sont mis en demeure par les personnes précaires de répondre à cette souffrance, par une écoute notamment, une attitude compréhensive, qui est déjà une manière de reconnaître la personne comme sujet social, de lui reconnaître un avenir en tant que tel. Car la souffrance psychique, non ou mal exprimée, non ou mal entendue, empêche de vivre et paralyse l'action.

Le groupe de travail ministériel (64) au sujet de la souffrance psychique dans les situations de précarité et d'exclusion parle de "souffrance psychique invalidante", pour montrer qu'un niveau de souffrance avec un fort retentissement social nécessite une prise en charge adéquate, à la fois sanitaire et sociale, et peut aider à identifier les personnes atteintes, le terme invalidant devant être entendu comme non définitif.

Un médecin psychiatre de secteur précise que les personnes en CHRS et en souffrance psychique ne sont pas le plus souvent en capacité d'exprimer leur souffrance, car celle-ci n'est pas mentalisée par le sujet. Pour lui, ces troubles peuvent avoir valeur de :

-signe: il faut alors, selon lui, aménager une réponse sociale. Le travail d'aide par l'accompagnement (octroi d'un RMI, aide au logement), en tenant compte des éléments de la réalité du sujet, permet le plus souvent de débloquer la situation.

-signifiant : la personne va essayer de justifier sa situation pour y donner un sens : « je suis à la rue parce que j'ai été quitté par ma femme, parce que j'ai perdu mon travail... ». Mais cela va masquer la cause réelle, qui est à retrouver dans l'histoire personnelle du sujet et qui est variable d'un patient à l'autre. La réponse n'est ni sociale ni psychiatrique. Il s'agit d'analyser avec l'ensemble des intervenants qui travaillent autour du sujet sur ce qui se passe, ce qui se joue dans sa trajectoire, sur le sens, car la personne va systématiquement mettre en échec les réponses proposées par les professionnels.

- de signal: le symptôme ou trouble du comportement n'a pas de valeur en soi si ce n'est de dire que "je suis en détresse". Si le professionnel apporte une réponse centrée sur le symptôme (limiter la violence, ou réaliser un sevrage par exemple), il passe alors à

côté du problème. Il s'agit souvent de personnalités avec structures psychotiques, certains sujets étant totalement déstructurés, et la réponse est alors prioritairement une prise en charge psychiatrique.

1.1.2 Les résidents des CHRS : précarité, souffrance psychique et absence de demande :

Les personnes qui se trouvent dans les CHRS connaissent de profondes difficultés sociales, chômage, désinsertion, errance, vie à la rue, surendettement, attente de régularisation de papiers, événements de vie fortement déstabilisants. Elles présentent majoritairement des problèmes de santé mentale, dans le sens où elles doivent s'adapter à des conditions pour lesquelles elles ne sont pas préparées, gérer leurs relations et leurs émotions en conséquence, de façon à rétablir un minimum d'équilibre.

Selon MAISONDIEU, le logement constitue la limite entre exclusion et grande exclusion (8). Or les personnes accueillies en CHRS sont des personnes qui n'ont plus de logement. Cette situation de grand dénuement conduit la plupart d'entre elles à potentialiser des fragilités psychologiques aboutissant à une souffrance psychique caractérisée. Dans ses formes sévères, cette souffrance peut aboutir à la bascule du sujet dans une sorte de néantisation, d'auto-exclusion, avec un retrait qui petit à petit fait qu'il s'efface sans exprimer de demande, présentant des syndromes de glissement tels qu'on les décrit chez les personnes âgées.

Le paradoxe d'un problème vécu (23) sans possibilité de s'exprimer ou de demander une aide se trouve à la source d'un enchaînement d'autres difficultés : dégradation des relations avec les proches, culpabilisation, engagement de conduites à risques (consommation de substances psycho-actives, perte de contrôle dans les interactions, passages à l'acte).

Cette souffrance psychique des « démunis » est liée à leur situation de non droit : impossibilité d'accéder aux droits fondamentaux, comme se soigner, se loger, ou pouvoir exercer leur parentalité. Souffrance renforcée par le fait que s'instaure lucidement pour ces personnes une classe de citoyens de seconde zone, acceptée par la majorité.

Ainsi coexistent dans les CHRS des personnes porteurs de troubles sous-jacents qui vont parfois se décompenser, révélés par la situation d'exclusion qu'elles vivent, et également de véritables malades mentaux qui ont échappé au secteur psychiatrique et qui se retrouvent un jour dans la rue puis en CHRS .

Bien que présentant une souffrance psychique importante, des troubles du comportement, des symptômes évocateurs de pathologie mentale, la plupart des résidents des CHRS n'ont pas de demande vis-à-vis de la psychiatrie. Pour la plupart, ils

ne ressentent pas le besoin de soins spécialisés et font des autres problèmes plus immédiats leur priorité, comme se loger, assurer sa fonction de parent, trouver un travail. De plus, certains ont vécu une expérience antérieure d'un suivi en psychiatrie, soit lors d'une hospitalisation, soit en ambulatoire, expérience souvent négative qui constitue un frein à une nouvelle démarche spécialisée lorsqu'elle leur est proposée.

1.2 Chapitre 2 : « une souffrance que les professionnels de la psychiatrie ne peuvent plus ignorer »

L'organisation des soins en santé mentale a été profondément réformée par la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique amorcée par la circulaire du 15 mars 1960 (72). Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité des soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients. Sur cette organisation de la psychiatrie en France, depuis une quinzaine d'années, différents rapports et plans sont à la base de nouvelles orientations de la politique de santé mentale, insistant sur la nécessaire prise en compte de la problématique des personnes en situation de précarité par la psychiatrie. C'est ainsi que :

➤ Les rôles et les missions du secteur à l'égard des personnes démunies sont annoncées dans la **loi 70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière et les circulaires n°85572 du 25 juillet 1985 et n°851468 du 31 décembre 1985.

➤ Le **rapport STROHL-LAZARUS** paru en 1995 concluait à l'existence d'un double problème concernant d'une part la caractérisation et la prise en charge de la souffrance des usagers en situation précaire, et d'autre part les modalités d'une intervention complémentaire et coordonnée des professionnels du secteur social et de ceux de la prévention en santé mentale.

➤ La **circulaire n° 9508 du 21 mars 1995 (74)** instaure la mise en place d'un plan départemental d'accès aux soins, qui sera relayé en 1998 par la mise en place de PRAPS au niveau régional. Elle précise que «les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante (...). Ces problèmes de santé mentale doivent être mieux pris en compte et faire l'objet d'une réflexion spécifique, notamment avec le secteur psychiatrique. Le soutien aux professionnels de terrain confrontés à ces situations difficiles est indispensable». Elle incite les CHRS à signer des conventions avec les établissements publics de santé et participant au service public hospitalier, afin d'organiser des consultations avancées des établissements précités dans les structures.

➤ Le rapport du groupe de travail «**psychiatrie et grande exclusion**» de juin 1996 (68) émet des propositions pour améliorer la prise en charge, par les équipes de

secteur psychiatrique, des personnes en situation de grande précarité. Il préconise notamment de développer :

- une logique de réseau entre tous les partenaires concernés par l'accompagnement des personnes présentant des troubles mentaux, avec une coordination effective.

- une logique de projets de soins individualisés et adaptés au mode de vie des personnes.

- une logique de prévention favorisant l'évaluation la plus précoce possible sans attendre la fameuse « demande de soins ».

- La **circulaire n°97-568 du 19 août 1997** précise les actions de santé à engager, afin de développer des missions d'accompagnement personnalisé ou de co-accompagnement entre professionnels de santé et de l'insertion.

- La **Loi n°98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998** insiste sur la mission sociale de l'hôpital (mise en place des PASS) et instaure les PRAPS (75). Ils visent à :

- élaborer un programme d'actions de prévention, d'éducation à la santé, d'accès et d'accompagnement adapté aux soins, en tenant compte des spécificités locales.

- renforcer la démocratie sanitaire en organisant une concertation très large avec l'ensemble des acteurs concernés, y compris les usagers.

- atténuer les frontières entre le soin et la prévention, le médical, le social et la psychiatrie, la médecine hospitalière et l'exercice libéral.

- construire le travail en réseau.

Ces programmes s'appuient sur les PASS, les réseaux, les programmes liés à la politique de la ville et la loi sur la couverture maladie universelle du 1^{er} janvier 2000.

La thématique souffrance psychique des personnes précaires revient dans bon nombre de priorités régionales du PRAPS. Beaucoup développent des pratiques de santé mentale sur les lieux du social où s'exprime cette souffrance, ainsi que des actions contribuant à produire ou restaurer du lien social, qui refondent les sentiments d'appartenance. On sait leur importance dans les problématiques de souffrance psychique. Ces actions, conduites également dans le cadre du volet santé des PDI, constituent une dimension préventive encore insuffisamment explorée.

- Le **rapport PIEL et ROELANDT de juillet 2001** (55) insiste sur le recentrage de la psychiatrie publique sur sa mission de soin et le travail en réseau avec le champ social (CHRS) et médico-social (IME, CAT, foyers à double tarification,...).

- La **circulaire n°2001/393 du 2 août 2001**, (77) donne des grands axes d'intervention à privilégier pour l'organisation des réponses, à savoir :

- le développement et l'adaptation de l'offre de soins, inscrits dans le cadre des schémas régionaux de psychiatrie.

-Le développement du partenariat local entre la psychiatrie et les autres acteurs sociaux, avec une action directe auprès des publics démunis, et une action de prévention par un repérage précoce des situations à risque.

-Une articulation plus soutenue entre le PRAPS et le SROS.

Toutes les recommandations précédentes sont reprises dans le **plan santé mentale de novembre 2001**, (62) ainsi que par le **rapport du groupe de travail DHOS/O2** de mars 2002 (56).

Plus localement, les priorités régionales inscrites dans le **Schéma régional d'organisation des soins en santé mentale du Languedoc Roussillon 2001-2006** (79) préconisaient la nécessité de répondre aux besoins des populations en situation précaire, notamment par un fonctionnement en réseau, et l'intervention des professionnels de santé mentale sur les lieux d'écoute et dans les structures d'accueil et d'hébergement.

1.3 Chapitre 3 : l'Hérault : un département en crise à bien des égards

1.3.1 Le département de l'Hérault :

➤ Données démographiques (sources INSEE/STATISS 2003)

L'Hérault compte une population totale de 906 313 hbts (794 603 hbts en 1990), soit 37.8% de la population de la région Languedoc Roussillon (2 313 900hbts).

La perspective d'accroissement est de +2.25% par an d'ici 2015 ce qui situe l'hérault au 2^{ème} rang des départements français.

Les bénéficiaires de l'allocation parent isolé sont au nombre de 4 864

Il est recensé 69 680 allocataires de logement à caractère social

➤ Données concernant le RMI: (Source :service statistiques et études DRASS Languedoc Roussillon)

La région Languedoc-Roussillon détient le taux le plus élevé, en ce qui concerne le nombre d'allocataires RMI: 5.9 allocataires pour 1000hbts de 20 à 59 ans (3.2 pour la France). Au sein de la région, l'Hérault détient le 1^{er} rang suivi de près du Gard et les Pyrénées-Orientales (chiffres 1999).

En 2002, il y avait 28 743 allocataires du RMI dans l'Hérault soit 55 509 bénéficiaires avec les ayant-droits.

Le nombre de bénéficiaires du RMI (allocataires et ayants droit) est de **6.4%** dans l'Hérault contre **3.3%** au plan national.

Les constats faits dans le cadre du volet santé du PDI de 1999 (80) montraient que 50% des bénéficiaires présentaient des troubles psychopathologiques, caractérisés par un mal

-être, une souffrance psychique rendant extrêmement difficile toute insertion professionnelle stable.

➤ Taux de chômage: (Sources : bulletins mensuels statistiques- DRTEFP LR)

Taux de chômage au deuxième trimestre de chaque année:

	Hérault	Région Languedoc-Roussillon	France
1999	16.9	15.6	11.3
2000	15.1	13.8	9.6

Le Languedoc Roussillon a le taux de chômage le plus fort des régions françaises même si l'écart avec le niveau national s'est réduit.

En 2002, le chômage des jeunes hommes de moins de 25 ans a augmenté de 7,5%.

➤ Données concernant les revenus et les allocataires (Source: mesure bas revenu INSEE CAF mai 1998)

Au 31 décembre 1996, l'Hérault se situait au quatrième rang des départements ayant le plus fort pourcentage d'allocataires CAF, vivant en dessous du seuil de bas revenus parmi la population des moins de 65 ans. Par ailleurs, on compte 18% de familles monoparentales.

➤ Couverture maladie universelle et Aide médicale Etat au 31.12.2000 (Sources C.P.A.M. de Montpellier et de Béziers):

24 187 personnes bénéficiaires de la CMU de base

112 867 personnes bénéficiant de la CMU complémentaire ; ceci représente un taux de 12,6% de la population de l'Hérault bénéficiaire de la CMUC, alors que ce taux est de 8,3% pour la France.

Par ailleurs, on relève 1341 personnes bénéficiaires de l'aide médicale Etat.

➤ Données du SAHl: Ratios comparatifs d'équipement de l'année 1999 (83):

Le premier schéma départemental d'organisation des établissements et services intervenant dans le domaine de l'hébergement et de la réadaptation sociale a été défini dans l'Hérault en mars 1995, pour la période de 1995 à 2000. Il identifiait déjà un **sous équipement**, qui reste encore une caractéristique du département et de la région, selon les ratios comparatifs d'équipement de l'année 1999.

Ratios comparatifs d'équipement de l'année 1999

	Places/ 1000hab.	DGF/Rmiste	DGF/chômeurs
France	0,63	2557	4070
Région L.R.	0.39	1002	2385
Hérault	0.39	1007	2890

Le deuxième schéma, destiné à la période 2001-2005 met toujours en évidence une situation critique, l'équipement de la région étant équivalent à celui de la ville de Rennes. L'ensemble de l'hébergement d'urgence ou temporaire est constitué de 1415 places, en collectif et en diffus, dont 348 places de CHRS, et 792 places financées par l'ALT (allocation de logement temporaire). Près de 72% de ces places d'hébergement sont situées à Montpellier et sa périphérie immédiate.

L'activité des CHRS stricto sensu représente dans l'Hérault un flux de 2 229 personnes présentes en 1998, et 3 173 personnes pour l'ensemble du Languedoc-Roussillon.

Le rapport de places par rapport au nombre de personnes hébergées de l'Hérault par an est de 1 à 6. Si on applique ce rapport à l'ensemble de l'offre d'hébergement (1 415 places x par 6), on peut situer le volume de la population concernée par un hébergement social temporaire dans une fourchette allant de 8 000 à 9 000 personnes par an. Les files d'attente importantes, malgré des durées de séjour relativement courtes, témoignent de l'inadéquation de l'offre actuelle par rapport à la demande.

On retiendra une population héraultaise en plein croissance, aux revenus faibles, avec des indicateurs de précarité nettement plus élevés que la moyenne nationale.

1.3.2 Montpellier:

➤ Données démographiques et indicateurs de précarité :

Montpellier témoigne parfaitement de la situation héraultaise précédemment décrite.

Ville de 225 392 hbts (207 996 hbts en 1990) soit 25.14% de l'ensemble du département en 1999, elle a un flux migratoire avec un solde positif de plus de 1000 personnes par mois.

Ville où les très nombreux emplois tertiaires et qualifiés sont inaccessibles aux ouvriers, chômeurs et à leurs enfants, peu ou pas qualifiés. Elle compte 18 627 demandeurs d'emploi et 19 455 allocataires de minima sociaux dont 52% (10 205) allocataires du RMI, 24% d'AAH, 9% d'allocation parent isolé et 15% veuvage, allocation solidarité vieillesse .

Il existe un défaut de réponses pour les publics difficilement employables, et une intégration insuffisante des résidentes des CHRS au sein des mesures pour l'emploi.

Montpellier est également une ville de forte immigration maghrébine, avec une importante communauté tzigane et de nombreux jeunes en errance.

Ville où l'économie souterraine liée à la toxicomanie soutient quelques quartiers "difficiles". La municipalité est peu investie sur les questions sociales et a adopté une position "dure" avec un arrêté anti-mendicité au centre ville, arrêté attaqué par les associations. L'existence de voies de communication modernes et diversifiées avec le tramway, le TGV, l'autoroute, l'aéroport ont entraîné une forte hausse du prix de l'immobilier ; les logements deviennent un produit rare et cher. Il existe un déficit important d'appartements pour les familles nombreuses. 40% des personnes sortant de CHRS à Montpellier n'ont pas de solution de logement autonome.

➤ Structures d'accueil et d'hébergement social des populations précaires sur Montpellier:

L'agglomération compte 9 CHRS soit 313 places et deux foyers d'urgence de 78 places.

- CHRS AVITARELLE: comprend un CHRS hommes de 20 places et un CHRS femmes de 20 places également. En 2000, le total des présents dans l'année était de 105 hommes et de 181 femmes. Les structures se trouvent au centre de la ville à proximité de la gare. L'association gère aussi: un foyer d'urgence de 38 places pour hommes; un dispositif hivernal de 40 places dont 36 hommes et 4 femmes; le SAMU social et le N° vert 115.

- CHRS Elisabeth BOUISSONNADE, rattaché au centre communal d'action sociale (CCAS) de Montpellier : a une capacité de 20 places, avec 105 femmes en 2000. Il s'agit de femmes victimes de violence, originaires de l'ensemble de la France, dont une forte proportion de maghrébines.

- CHRS La Clairière: capacité de 17 places, 39 présentes. Il s'agit de femmes ou de familles avec enfants.

- CHRS Chauliac Rauzy géré par l'association d'entraide et de reclassement social-AERS: capacité de 33 places (18 en collectif et 15 en éclaté); 116 présents. Historiquement, cet établissement s'adresse plus spécialement aux sortants de prison, car l'association développe une activité de contrôle judiciaire en lien avec le parquet de Montpellier. Les appartements permettent d'héberger des familles et des femmes. L'association gère également 8 places d'appartements thérapeutiques pour malades du VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

- CHRS FARE: foyer d'accueil et de réinsertion d'une capacité de 20 places (8 en collectif et 12 en éclaté) avec 87 présents en 2000. Cette structure accueille principalement des jeunes de 18 à 30 ans. L'association gère également un service d'accueil et d'hébergement d'urgence de 23 places.

- CHRS ISSUE : 30 chambres d'hôtels. Le public accueilli est composé de jeunes de 25 à 30 ans en mal être et souffrance psychologique. 814 présents dans l'année. L'association gestionnaire a en charge également : un service d'accueil et d'orientation

qui a environ 15 000 passages par an ; une boutique qui propose un accueil la journée: 100 à 150 personnes y viennent pour une domiciliation postale, 125 jeunes suivis dans le cadre de l'appui social individualisé (ASI) par an et 80 dans le cadre du fonds d'aide aux jeunes (FAJ).

- CHRS REGAIN : 90 places dont 45 en collectif et 45 en éclaté; 422 présents à l'année.45 places sont réservées à des familles. Le CHRS gère également 8 lits de soins pour lesquels un médecin coordinateur vacataire intervient deux fois par semaine ; ce médecin est également coordinateur des deux ETP d'infirmiers de santé publique rattachés au CHRS qui font des consultations avancées dans les structures; il encadre la procédure d'admission en lits de soins. L'accueil des chiens est réalisé.

L'association gestionnaire ADAGES développe parallèlement des appartements relais, un relais parental, un pré-cada d'une capacité de 80 à 90 personnes

- CHRS l'OUSTAL: capacité de 33 places avec 63 présents, au centre ville; reçoit des hommes ou femmes ou couples sans enfants.

- CHRS Henri Wallon: 30 places et 48 présents. public sortants d'hospitalisation psychiatrique.80% du public hébergé a l'AAH. Le taux de rotation est très faible, et la D.M.S.(durée moyenne de séjour) est supérieure à 18 mois. Il existe une très forte liste d'attente pour entrer dans cet établissement qui absorbe 20% de l'enveloppe alors qu'il ne représente que 8,6% des places. Une transformation de cette structure est en cours pour avoir un fonctionnement de CHRS, mais pour un public avec une composante psychologique forte.

Le public des CHRS est marqué par une prédominance masculine, et se situe majoritairement dans la tranche d'âge des 20 à 30 ans. Il s'agit de personnes isolées dans la plupart des cas. (90% selon une enquête DRASS 1997).

Les travaux du groupe "santé CHRS" dans le cadre du SAHI ont fait apparaître:

-l'importance des problèmes de santé et particulièrement de santé mentale des personnes à la rue, où se mêlent souffrance psychique et véritables pathologies psychiatriques, qui se révèlent lors du séjour en CHRS, sans que la frontière entre les deux soit identifiable par les équipes.

-un besoin des travailleurs sociaux d'avoir un appui par la psychiatrie publique, avec des tentatives de partenariat restées très inégales selon les secteurs. Ils souhaitent une évaluation spécialisée qui est nécessaire pour opérer la distinction entre maladie mentale et souffrance psychique. Si la maladie mentale relève sans conteste des services de soins, la prise en compte de la souffrance psychique requiert elle, un positionnement concerté et une articulation des services sociaux et psychiatriques (22)

-un besoin de régulation des travailleurs sociaux

❖ L'évolution de la précarité et des troubles du comportement importants liés à des conduites addictives multiples des publics reçus, l'existence d'une souffrance psychique qu'il est quelquefois difficile de distinguer d'une maladie mentale caractérisée, l'insuffisance des solutions de sortie pour le public en terme de logement social ou d'insertion professionnelle, mettent les travailleurs sociaux en échec et en grande souffrance.

➤ Les services de psychiatrie du CHU:

Le CHU de Montpellier gère 7 secteurs de psychiatrie adulte dont les moyens en lits d'hospitalisation à temps complet sont situés sur le site de l'hôpital la Colombière (un des établissements du CHU) à l'exception de 19 lits rattachés au secteur nord installés sur le site de Lapeyronie(autre établissement du CHU). Par ailleurs le CHU gère également deux secteurs de pédo-psychiatrie.

Au total, il existe 689 lits et places en psychiatrie générale et 103 lits et places en psychiatrie infanto-juvénile, qui se répartissent pour la psychiatrie adulte ainsi:

-hospitalisation complète:	375 lits
-hospitalisation de jour:	240 places dont 98 sur le site de la Colombière et 142 extra muros
-hospitalisation de nuit:	18 places
-placement familial thérapeutique:	28 places
-appartement thérapeutique:	12 places
-hospitalisation à domicile:	16 places

En 2002, il y a eu 4433 hospitalisations en psychiatrie et la file active des patients est en augmentation permanente. Les hospitalisations sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers ou HDT) sont passées de 783 à 951 entre 1998 et 2000.

Il existe par ailleurs un regroupement de type fédéral dénommé "Polyclinique de psychiatrie adulte" à laquelle se trouve rattachée l'UMIPPP (unité mobile intersectorielle psychiatrique pour les personnes précaires) que l'on décrira plus loin.

Un médecin psychiatre senior intervient au sein des Urgences du CHU depuis 2002 ce qui permet un repérage et une bonne prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes reçues. Sur les 43 724 passages "adultes" en 2002, 5089 soit 12% concernaient des problèmes de psychiatrie, 2730 ont fait l'objet d'une consultation contre 2359 qui ont été suivis d'une hospitalisation. Un secteur psychiatrique est en cours d'individualisation au sein du service des urgences avec le psychiatre sénior, des lits de courte durée de moins de 24H et une chambre sécurisée. Une activité de psychiatrie de liaison est réalisée mais elle n'est pas à ce jour réellement structurée ni formalisée.

Un projet de restructuration de l'ensemble des services de psychiatrie adulte et infantojuvénile du CHU, structures intra ou extra muros (sont inclus les CMP et les CATTP) est en cours de réalisation depuis 2003. Pour la psychiatrie adulte, ce projet prévoit une réduction importante de la capacité en lits à hauteur de 79 lits. Il s'accompagne d'une réorientation des moyens en personnel vers des structures de prise en charge extériorisées (avec augmentation de l'amplitude d'ouverture des CMP) et du développement de structures intersectorielles. Le projet permet d'enrichir ainsi l'offre en structures alternatives à l'hospitalisation à hauteur de 43 places.

L'hospitalisation sera alors recentrée sur la fonction diagnostique et sur la prise en charge des épisodes aigus ou critiques.

Le médecin de santé publique en charge de ce dossier précisait en son temps: " la diminution du nombre de lits ne pourra devenir effective qu'autant que les patients stabilisés relevant du secteur médico-social pourront y être admis".

➤ Les autres acteurs locaux :

- Médecins du monde:

Ce dispensaire a assuré en 2002 trois permanences de soins gratuits de médecine générale pour les démunis. Une assistante sociale effectue un accompagnement social des malades reçus en vue d'une affiliation à la CMU ou à l'AME lorsque les personnes en relèvent, facilitant ainsi leur réintégration dans le droit commun. La file active a été de 737 patients pour 1342 consultations. Le dispensaire participe également au repérage des dysfonctionnements du système de soins de droit commun et à l'élaboration de réponses appropriées. Le poste d'assistante sociale est financée par des crédits PRAPS.

- L'Unité de soins pour adolescents de la polyclinique de psychiatrie du CHU:

une psychologue organise des réunions mensuelles d'échange, de travail sur les pratiques des professionnels du champ social, médical, éducatif, judiciaire, confrontés à des adolescents en difficulté psychologique. L'objectif est de partager des connaissances, améliorer les savoir faire, la complémentarité des professionnels pour mieux répondre à la souffrance psychologique des adolescents en crise. Il s'agit aussi, par une meilleure connaissance des acteurs intervenant sur ce champ, et des enjeux liés à l'adolescence, de faciliter les partenariats et un travail en réseau sur cette thématique.

- Le SAMU social de l'Avitarelle: ouvert 7 jours sur 7; une présence infirmière permet la réalisation de premiers soins, la diffusion de matériel pour la réduction des risques et une écoute-orientation. Elle fait le lien avec l'UMIPPP pour des interventions souhaitées des infirmiers psychiatriques auprès des personnes en errance.

- CORUS- SAO du Centre social protestant: il s'agit d'un accueil de jour qui fait de l'accompagnement social et réalise l'instruction de prestations comme le RMI. Il accueille

250 personnes environ chaque matin, des jeunes en errance pour la majorité, avec une importante souffrance psychologique.

- la PASS du CHU:

La permanence des soins de santé a ouvert ses portes en novembre 2001 dans le service de médecine interne d'un des établissements du CHU. Elle est composée d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'un mi-temps de praticien hospitalier. Il existe une permanence téléphonique le matin et les après-midi sont consacrées aux entretiens avec les personnes, aux consultations et aux démarches d'accompagnement. 212 personnes ont été reçues par ce dispositif en 2002, et 169 consultations ont eu lieu.

- Le binôme santé des 4 agences de la solidarité départementale du Conseil général:

Dans le cadre du PDI, le Conseil Général de l'Hérault a mis en place une infirmière de santé publique au sein de chacune de ses 15 agences départementales qui maillent l'ensemble du territoire. 4 agences se partagent la ville de Montpellier. L'infirmière travaille en lien étroit avec un médecin de santé publique rattaché à l'agence. L'infirmière est chargée pour 50% de son temps de l'accompagnement santé des bénéficiaires du RMI et de leurs ayants droits, formalisé dans le contrat d'insertion portant sur la santé.

Ses missions comprennent une évaluation de la problématique santé en lien avec le médecin traitant de la personne, une orientation adaptée, un suivi des démarches de soins ainsi qu'une écoute. L'infirmière peut déclencher un dossier auprès de la COTOREP lorsqu'une invalidité ou un handicap est repéré. Parallèlement, elle participe à des actions de santé collectives. Ce binôme constitue un appui technique pour les travailleurs sociaux de la structure et réalise une interface avec les professionnels de santé du secteur de l'agence. Il a un rôle d'information et de médiation par rapport aux professionnels libéraux sur le dispositif RMI et la connaissance du public. Un bilan des contrats santé a montré que plus de 50% des personnes présentaient un mal être ou état dépressif, et un grand nombre avait des conduites addictives, troubles du comportement.

- Le CCAS emploie également trois infirmières pour le suivi des personnes précaires, postes financées par le Conseil général, qui ont les mêmes missions.

- Les libéraux et psychiatres privés

- D'autres associations interviennent également dans l'accueil, l'accompagnement des personnes démunies, que ce soit dans le champ social ou sanitaire, telles que:

-des associations caritatives comme la Croix Rouge, le Secours Catholique, les Restaurants du Coeur, St Vincent de Paul, la boutique de l'espoir, le Secours Populaire

-des structures de lutte contre les addictions: les centres de soins pour toxicomanes tels que l'association AMT- Arc en ciel avec 8 places en appartement thérapeutique, le centre Entr'acte de SOS Drogue internationale avec 8 places et l'unité de traitement des

toxicodépendants du CHU, le centre de cure ambulatoire en alcoologie , les organismes chargés de la réinsertion des bénéficiaires du RMI...

1.4 Chapitre 4: les actions mises en place plus spécifiquement en direction des CHRS :

La problématique de la souffrance psychique des résidents des CHRS et les difficultés des équipes éducatives étant particulièrement criantes, la DDASS a développé dans le cadre du PRAPS notamment des actions plus spécifiques en leur direction. Ainsi ont été mises en place :

1.4.1 Les consultations avancées d'infirmiers :

Dès 2000, a été constituée une équipe d'infirmiers pour réaliser des permanences au sein des structures d'accueil et d'hébergement de Montpellier qui le souhaitaient. Elle comprenait :

-2 infirmiers « d'alcoologie » rattachés au Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

-2 infirmiers « généralistes » rattachés au CHRS Regain.

-2 infirmiers « psychiatriques » et un psychiatre vacataire rattachés à la polyclinique du CHU appelée UMIPPP : unité mobile intersectorielle psychiatrique pour personnes précaires. (l'UMIPPP fait l'objet d'un développement dans le paragraphe suivant).

Chaque binôme travaillait en lien fonctionnel étroit avec un médecin de sa structure de rattachement. Ces infirmiers avaient pour mission, chacun dans sa spécificité, de proposer au sein des structures d'accueil et d'hébergement qui le souhaitaient : une écoute des difficultés du public accueilli, une évaluation et une prise en charge dans les limites de son champ de compétence, suivie par une orientation adaptée en tant que de besoin. Ils devaient offrir également un soutien technique aux équipes éducatives des CHRS. Ils pouvaient mettre en œuvre des actions d'éducation à la santé et de prévention.

Les binômes ont dû s'adapter à des conditions de travail parfois inconfortables : absence de bureaux, entretiens dans des conditions limites de respect de l'intimité des personnes, horaires variables d'un jour à l'autre, travail en soirée dans le foyer d'urgence de l'Avitarelle, multiplicité des lieux d'intervention, intégration de modes différents de fonctionnement des équipes d'une structure à l'autre, réticence, méfiance de certains professionnels, mauvaise interprétation des rôles de chacun par les travailleurs sociaux.

Conscient de la difficulté du travail demandé, la DDASS a souhaité mettre en place une régulation de l'ensemble du pool par le médecin psychiatre responsable de l'UMIPPP.

Cela s'est traduit par une réunion trimestrielle de coordination des infirmiers, les aidant à préciser leur rôle les uns par rapport aux autres, et leur place dans le cadre du fonctionnement de chaque équipe éducative.

La DDASS a piloté et suivi ce dispositif pendant deux ans, organisant une réunion trimestrielle avec les infirmiers et leurs médecins référents. Ces réunions étaient l'occasion d'échanger sur les dysfonctionnements repérés, travailler les rapports d'activité, affiner les indicateurs d'évaluation, aborder le thème des actions d'éducation à la santé à développer, inviter les agents de la PASS qui se mettait en place ou de la CPAM sur les questions d'accès aux droits.

L'ensemble des structures CHRS de Montpellier a été concerné par l'une ou l'autre de ces consultations, à l'exception du CHRS Henri Wallon au fonctionnement trop spécifique. En 2001, les infirmiers rattachés au CCAA ont vu 48 personnes soit 214 consultations ; les infirmiers de santé publique rattachés au CHRS Regain ont rencontré 530 personnes et réalisé 1858 consultations ; les infirmiers de l'UMIPPP ont rencontré 247 personnes pour 1212 consultations. Ces permanences ont permis d'améliorer la qualification et quantification des pathologies des résidents.

Les équipes des CHRS et les résidents ont témoigné de l'intérêt d'apporter une écoute et prise en charge de santé de proximité pour les personnes précarisées. Elles ne feraient sans doute pas de leur santé une priorité si cette démarche d'accompagnement ne leur était proposée. L'orientation et la médiation réalisées envers le système de soins de droit commun permettent d'entreprendre, voir de reprendre un bilan médical et le traitement adapté. Les infirmiers veillent à la continuité des soins engagés lors des consultations ou hospitalisations. L'évaluation de ce dispositif a été présentée en 2002 lors d'un comité de pilotage dans le cadre du SAHI. Toutes les personnes présentes se sont accordées pour juger l'action pertinente, tant pour le public que pour l'appui donné aux équipes éducatives.

1.4.2 L'UMIPPP :

Nous nous étendrons ici plus particulièrement sur cette équipe rattachée à la polyclinique intersectorielle de psychiatrie du CHU.

L'UMIPPP représente une compétence externalisée du CHU et mutualisée à l'ensemble des CHRS de Montpellier qui ont souhaité le partenariat.

L'équipe réalise une prise en charge de la souffrance psychique des résidents par une écoute, une évaluation suivie d'une orientation vers la psychiatrie des personnes relevant du soin. Elle travaille en complémentarité avec les équipes éducatives qui font l'accompagnement social des personnes. Depuis sa mise en place en 2000, les infirmiers de l'UMIPPP ont vécu une situation un peu difficile :

- le médecin psychiatre référent de l'unité n'est resté que 4 mois : ayant un statut précaire de praticien contractuel et devant l'impossibilité de l'administration à améliorer sa situation, il a démissionné. Ce psychiatre avait pour mission de travailler en lien étroit avec les infirmiers, de proposer une régulation aux équipes des CHRS, une consultation psychiatrique sur orientation des infirmiers pour mise en place d'un traitement dans les cas urgents, dans l'attente d'un relais par la psychiatrie de secteur. Les tentatives du CHU pour le remplacer se sont soldées par un échec. Les infirmiers se sont retrouvés ainsi isolés dans leur pratique quotidienne.

- Ils n'ont par ailleurs bénéficié d'aucun soutien logistique de l'hôpital au contraire de leurs collègues rattachés aux associations Regain et CCAA : absence d'ordinateur pour rentrer leurs dossiers infirmiers, absence de portables pour organiser les soins dans le cadre de leurs permanences multi-sites, non prise en charge de leur frais de transport lors de l'accompagnement physique de résidents à l'hôpital, absence de mise à disposition de véhicule. Une amélioration de leur condition de travail a été obtenue au bout de deux années de négociation par la DDASS.

- Ces infirmiers ont également souffert d'un manque de reconnaissance de leurs pairs : lorsqu'ils orientaient une personne qu'ils avaient suivies en CHRS auprès d'un psychiatre de Centre médico-psychologique (CMP) pour une consultation, la personne était reçue en premier lieu par un infirmier : ceci entraînait donc à la fois une perte de temps pour le patient, une perte de l'efficacité du fonctionnement du CMP, et était vécu par les infirmiers de l'UMIPPP comme une non reconnaissance de leur compétence, alors qu'ils avaient la même formation, le même statut et le même employeur que leurs collègues infirmiers des CMP. La DDASS informée de ce dysfonctionnement l'a relevé au sein du comité de pilotage départemental de suivi du PRAPS. Cette information a été relayée par le directeur de l'hôpital psychiatrique dans les services et cette situation a pris fin. Les patients orientés par l'UMIPPP ont désormais accès directement aux consultations médicales, ce qui rend les conditions plus favorables à une accroche santé.

Par son intervention de proximité, le militantisme et le professionnalisme des soignants, cette unité mobile facilite le repérage, la prise en charge de la souffrance psychologique et des maladies psychiatriques des résidents des CHRS, ainsi que leur prise en compte par les équipes éducatives dans le cadre de leur accompagnement social. Elle rassure les travailleurs sociaux par sa présence au « front ». Un responsable de la FNARS soulignait l'intérêt de cette action « L'offre révèle le besoin, car elle facilite sa prise en compte. La prostitution, la maladie mentale, les addictions sont trois domaines qui nécessitent un grand professionnalisme et où les travailleurs sociaux sont vite confrontés à leurs limites. » Les infirmiers jouent un rôle de médiation vis-à-vis des équipes psychiatriques de secteur, notamment pour préparer une hospitalisation ou sa sortie. Dans certains cas, leur intervention a permis d'éviter des hospitalisations, assurer

une meilleure gestion des situations de crise, de relativiser auprès des équipes éducatives la notion d'urgence et l'idée de la toute puissance de la psychiatrie.

Pour 50% des personnes suivies par l'unité, aucune orientation dans le système de soins psychiatrique pour une prise en charge médicale n'a été nécessaire.

Avec le temps et par son action, l'UMIPPP est mieux repérée par les équipes de secteur de santé mentale et l'élaboration d'un carnet d'adresses permet d'assouplir les délais de rendez-vous par les CMP et certains libéraux. Malgré cela, la mission de l'UMIPPP est entravée par les délais d'attente en psychiatrie, que ce soit pour une consultation ou bien une hospitalisation. Il faut parfois attendre 2 mois dans le libéral, 15 jours à 3 semaines pour les secteurs du CHU ; pour la pédopsychiatrie, il faut compter 2 mois d'attente dans le libéral et 6 mois en moyenne dans le secteur public.

Au départ financé par le PRAPS, l'ARH a repris son financement dans le cadre de la dotation globale du CHU, reconnaissant la pertinence de cette action. L'équipe a été également renforcée de deux postes d'infirmiers supplémentaires, d'un mi-temps de psychologue, d'un mi-temps de cadre infirmier et d'un temps plein de secrétaire. L'équipe dispose actuellement d'un véhicule et de tickets de tram pour leurs déplacements.

1.4.3 Une régulation des équipes CHRS:

➤ Le PRIR :

A la demande de la DDASS, ce centre de recherche sur les processus de représentation et d'interprétation des risques a réalisé une enquête auprès des CHRS en 2000 démontrant le besoin des travailleurs sociaux d'être soutenus dans leur pratique professionnelle. La difficulté de leur exercice au quotidien, le décalage entre la réalité du public reçu et les missions d'insertion sont tels qu'ils éprouvent par effet miroir, un sentiment d'inutilité voir de dévalorisation, de démotivation avec « burn out ». Cette souffrance se traduit parfois par des effets d'agressivité ou à l'inverse, de blindage émotionnel. Suite à ces constations, le PRIRE a proposé aux structures une supervision innovante basée sur le corps, le mouvement et le psychodrame. Seul un établissement s'est engagé dans ce mode de régulation expérimentale.

➤ Un médecin généraliste et psychanalyste est venu en 2002 renforcer le fonctionnement de l'UMIPPP, bien que non rattaché au CHU. Sa mission est de proposer une régulation aux équipes des CHRS qui le souhaitent, de type classique.

Par ailleurs, il vient en appui des infirmiers de l'UMIPPP lorsqu'une situation complexe nécessite un avis, et pour l'instauration d'un traitement urgent en attente d'une consultation par la psychiatrie publique, lorsque la longueur des délais risque d'empêcher « l'accroche aux soins ».

1.4.4 Médiation institutionnelle de l'Etat :

Parallèlement, la DDASS a entrepris depuis 2000 un travail de sensibilisation des équipes de santé mentale du CHU à la prise en charge des difficultés psychiques des personnes démunies, (bénéficiaires du RMI, résidents des CHR,....).

➤ La DDASS a ainsi rencontré les équipes de chaque secteur psychiatrique leur présentant les différents textes de loi et circulaires sur la question, ainsi que la demande d'aide des professionnels du social. Les rencontres ont permis de :

- valider et de compléter un état des lieux retraçant les coopérations existant déjà entre les deux champs.

- constater que la file active des secteurs de psychiatrie était majoritairement constituée de personnes psychotiques.

- connaître leur interrogation sur la demande floue des travailleurs sociaux d'une part, et d'autre part le travail avec les personnes en situation de précarité, aux pathologies intriquées, qu'ils connaissent finalement mal et qui elles, ne sont pas en demande.

Les équipes ont avancé leur réticence à médicaliser une souffrance psychique expliquée en grande partie par le cumul des difficultés sociales et professionnelles de ces personnes, dans un environnement non favorable.

➤ La DDASS en lien avec le Conseil général a alors organisé différentes réunions avec l'ensemble des structures du champ social et de l'insertion de la ville de Montpellier, afin d'affiner leurs besoins par rapport à la psychiatrie, caractériser leurs attentes. Elles ont mis en évidence les pistes de travail suivantes :

- la désignation, par chacun des secteurs de psychiatrie, d'un référent, afin, d'une part, de faciliter l'accès aux soins dans les secteurs psychiatriques et d'autre part, assurer un relais, à la sortie de l'hospitalisation, avec les structures sociales pour permettre un meilleur suivi. Quatre secteurs sur sept ont désigné à cet effet un référent dont les missions restent à être précisées par une fiche de poste.

-un travail sur des études de cas afin d'apporter un éclairage technique aux professionnels du social confrontés à des populations aux pathologies multiples, intriquées avec des troubles du comportement, problèmes psychologiques ou psychiatriques et attitudes parfois violentes. Il s'agit de déterminer si les personnes nécessitent une prise en charge psychiatrique et aider à assurer au mieux leur accompagnement dans une démarche d'insertion. Il a été ainsi mis au deuxième semestre 2002 un groupe d'études de cas qui se réunit une fois par mois dans les locaux des deux commissions locales d'insertion du RMI à Montpellier. Le psychiatre réalise à partir de certaines monographies une information sur les maladies psychiatriques et précise le cadre possible d'intervention des professionnels de santé mentale. Il a pu

également parler de l'état des moyens actuels de la psychiatrie au CHU, des contraintes et limites de celle-ci à la résolution de la souffrance psychique des personnes démunies.

- le souhait en parallèle de travailler la contractualisation avec les résidents ou bénéficiaires du RMI et la notion d'accompagnement à l'insertion.

➤ La DDASS a ensuite présenté les pistes de travail dégagées aux médecins lors d'une commission médicale psychiatrique du CHU en avril 2002. Le président de la CME psychiatrique s'est lui-même engagé sur le travail d'études de cas avec une psychologue de son service, ce qui a permis au groupe de démarrer en 2002.

1.4.5 Soutien renforcé à Via Voltaire :

Implantée au coeur de ville, Via Voltaire est une jeune association loi 1901 constituée autour d'un projet solidaire, qui réunit soignants, psychologues, travailleurs sociaux et artistes. Elle se veut un dispositif "intermédiaire", permettant aux personnes en grande difficulté sociale de s'inscrire dans un projet de soin et/ou de resocialisation durable. Via Voltaire propose:

- des consultations psychologiques gratuites
- des ateliers d'insertion sociale d'expression artistique permettant aux personnes de reprendre contact avec les autres et l'extérieur
- un travail de médiation citoyenne et culturelle dans la cité notamment envers la population gitane
- des formations en direction des professionnels du secteur médico-social

Née il y a 6 ans d'un constat que beaucoup de personnes démunies n'accédaient pas aux soins dans le secteur public, cette association se définit comme un centre psychosocial de proximité.

En 2002, 751 personnes ont été reçues, dont 429 personnes suivies dans le cadre du PRAPS. En 2001, la DDASS avait demandé à l'association de développer un travail partenarial avec les services de psychiatrie du CHU, afin d'inscrire sa mission de santé mentale en complémentarité de celles des secteurs de psychiatrie. Il s'agissait aussi d'impulser l'ébauche d'un réseau précarité-santé mentale. Différentes réunions d'échange sur les prises en charge de patients, sur le suivi à moyen terme ainsi que sur les pratiques professionnelles se sont déroulées. Ce travail de collaboration a été formalisé par une convention entre le CHU et Via Voltaire en 2001. Celle-ci a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies, d'assurer la qualité et la continuité du suivi par la diversité et la complémentarité des compétences et des pratiques propres au service public et au secteur associatif. Il s'agit également de sensibiliser les professionnels aux effets préventifs et mobilisateurs qu'apporte la participation aux

ateliers d'expression artistique pour des personnes en voie de précarisation, et de limiter le recours à une hospitalisation.

Via Voltaire reçoit beaucoup d'étudiants en début de décompensation. Elle offre une alternative intéressante par rapport à l'hôpital de jour, lieu où les étudiants cotoieraient des personnes malades trop altérées. Elle permet de travailler une réinsertion au sens large, en collaboration active avec la psychiatrie.

La DDASS soutient cette association depuis 2000 dans le cadre du PRAPS et d'autres dispositifs Etat, soutien renforcé au regard de la qualité du travail réalisé et du caractère innovant de cette association. Son point fort est de s'inscrire dans un véritable travail de réseau systématique avec les médecins généralistes, la psychiatrie et les professionnels du social, avec un important suivi formalisé par des fiches de liaison et appels téléphoniques, et une complète appropriation de la notion d'évaluation, avec une souplesse de fonctionnement. Son point faible est de ne pas s'inscrire durablement dans l'organisation des soins de santé mentale auprès des personnes en exclusion. En effet, financée en partie par des crédits Etat non pérennes, se pose la question de son devenir à moyen terme. « L'innovation est fragile économiquement car elle ne rentre dans aucune case ». Quelle reconnaissance des pouvoirs publics peut attendre cette association qui a su créer un dispositif innovant, qui agit dans le champ de la clinique liée typiquement à la précarité ? Cette question rejoint celle débattue aux Etats généraux de la psychiatrie à Montpellier sur la place actuelle des psychologues cliniciens.

❖ Toutes ces actions ont permis une avancée notable dans les relations entre professionnels du champ social et de la psychiatrie sur Montpellier depuis trois années. Cependant des difficultés de prise en charge des troubles de santé mentale des résidents des CHRS par la psychiatrie publique persistent, évoquées par les différents partenaires des deux champs. C'est le souhait de comprendre ce qui se joue et expliquer les tensions persistantes entre les professionnels des deux secteurs qui a motivé mon étude.

2 DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES ENTRETIENS

Les hypothèses soulevées ici sont le résultat de l'analyse des entretiens réalisés et de participation à différentes réunions. Elles tentent d'expliquer ce qui rend la coopération entre les travailleurs sociaux et les équipes des secteurs psychiatriques encore problématique aujourd'hui.

2.1 Chapitre 1 : Un secteur social en pleine mutation :

2.1.1 Des missions nouvelles :

Un responsable de la FNARS explique qu'en 20 ans, les métiers des CHRS ont changé du fait de l'intégration de la mission d'accueil d'urgence qui a modifié la teneur du travail social. Vers les années 80, dans le cadre des dispositifs pauvreté/précarité, l'Etat a alloué des financements pour ouvrir des structures d'urgence : c'est ainsi qu'est né le dispositif hivernal. Les DDASS ont demandé aux CHRS de remplir ces missions d'urgence, puisqu'ils étaient les plus proches des exclus, un certain nombre de places ont alors été réservé à cet effet au sein des structures d'hébergement. L'Etat marquait sa volonté de pérenniser cette mission. L'urgence s'est banalisée en prestation sociale de base. Mais elle a révélé la situation de ces personnes, victimes de la conjoncture économique et de la crise de l'emploi, atteintes de solitude, de désaffiliation (1), disqualifiées socialement et en grande souffrance, avec enfermement dans des conduites addictives. Le personnel des structures a été confronté à des personnes plus marginalisées, présentant des troubles du comportement, qui n'avaient pas vraiment de demande et pour lesquels ils se sont sentis complètement démunis.

Les travailleurs sociaux sont formés par l'Institut régional de formation des travailleurs sociaux (IRTS) à répondre à une demande d'accompagnement autour d'un projet élaboré par le sujet, ce qui n'est pas le cas du public actuellement accueilli. « Les anciens salariés se retrouvent dans les mêmes difficultés de pratique professionnelle que les « psys » : ils travaillent mal avec l'injonction des institutions à accompagner des personnes qui n'ont pas de désir, de demande ». Les équipes se sont trouvées d'autant plus désorientées que les structures ont recruté des personnes peu expérimentées, très souvent en contrat aidé, au statut précaire.

2.1.2 Une culture du travail social inadaptée :

La notion d'assistantat a évolué vers une mission d'insertion, d'autonomisation. Face à l'absence de projet, aux solutions des équipes éducatives mises en échec par les personnes, il est soulevé la nécessité de redéfinir l'accompagnement social au regard des publics accueillis. Quel contenu lui donner, dans une société qui ne montre plus de capacité à intégrer (5), et face à des personnes qui ne manifestent pas de désir de s'insérer parfois, qui présentent des conduites toxicomaniaques, des troubles du comportement qui les rendent inemployables, insolubles par rapport aux bailleurs sociaux. Quelle peut être la posture sociale par rapport aux évidences de pathologies mentales observées ; que veut dire travailler quand on a pas de réponse, travailler dans des injonctions paradoxales, faire du lien entre une situation sociale et un problème de santé mentale ?

Ces questions sont au cœur de la pratique quotidienne des professionnels qui reçoivent des personnes démunies. Des directeurs de structures défendent la responsabilisation des personnes, afin de trouver des leviers à travers le contrat d'hébergement pour amener les résidents à agir sur leur comportement, quitte à faire de l'injonction. Cette pratique n'est pas nécessairement enseignée à l'IRTS. Pour certains, l'accès aux soins des personnes passe par un travail préalable de confrontation régulière à travers une démarche de responsabilisation. Un directeur donne l'exemple d'une personne en charge de l'élaboration du repas au sein du CHRS: si cette mission n'est pas remplie car le résident est trop alcoolisé, les hébergés sont alors informés qu'il y aura un service minimum ; si cette situation se répète, il y a alors exclusion de l'institution non pas à cause du problème d'alcool, mais parce que la personne n'a pas rempli son contrat et n'a pas respecté son engagement. Cela peut l'amener ainsi à réviser sa conduite.

Le résident est souvent en crise par rapport à l'institution CHRS ; il y a manifestation de violences répétées et c'est de la capacité des équipes de la structure à gérer la crise, à l'accompagner dont dépendra l'amorce d'un changement pour la personne, et la possibilité d'une rupture avec les échecs répétés. Au sein du CHRS, il y a les « bons résidents » et ceux qui déjouent l'investissement du travailleur social, qui le mettent en échec. Il devient nécessaire de casser le mythe de la relation duelle du « lève toi et marche » et d'inscrire cette relation duelle salarié- résident dans une dynamique collective institutionnelle, avec délégation de responsabilité.

La réflexion sur l'accompagnement doit intégrer l'intervention parallèle des autres professionnels qui peuvent intervenir dans les structures : infirmières, psychologues, médecins... Se pose alors la question du comment faire ensemble dans le respect des spécificités de chacun, de l'usager, du secret professionnel, mais dans une complémentarité utile et pertinente pour le résident.

2.1.3 Une injonction paradoxale : l'insertion

Les CHRS développent des missions d'hébergement, d'accès aux droits, mais également à la santé, à l'insertion sociale et professionnelle. Ils ont pour mission, dans un délai relativement court, de permettre aux personnes d'acquérir ou de retrouver leur autonomie. Ils assument la prise en charge d'une population très hétérogène, dans un environnement particulièrement difficile qui en rend les résultats très aléatoires. Malgré les avancées de la loi de lutte contre les exclusions, la pauvreté ne recule pas, les situations de détresse persistent. Le manque chronique de logements sociaux sur Montpellier, d'emplois peu qualifiés, le peu d'accueil offert par les dispositifs de droit commun vis-à-vis de cette « population stigmatisée » interrogent fortement les équipes sur la faisabilité de leur mission. Une enquête régionale de 1997 indiquait que l'autonomie des résidents par rapport à l'hébergement n'était pas améliorée par le passage en structure. Elle montrait que 8 résidents sur 10 avaient une qualification faible voire inexistante ; que 25% des personnes n'ont jamais travaillé.

Pour aider les résidents à se réinsérer, les CHRS disposent d'outils comme les centres d'adaptation à la vie active (CAVA) et des ateliers de remobilisation. Les personnes accueillies au sein de ces structures sont de façon générale très en difficultés, et de moins en moins employables à court terme. Ces activités de mise à l'emploi ont très clairement pour objectif, davantage l'émergence des savoir-faire et la resocialisation que la production proprement dite. Elles participent à la restructuration de la personne. Les données du SAHI estiment à 75% la population accueillie en CHRS pour laquelle la participation aux ateliers est possible, 25% pour laquelle elle n'est pas envisageable. Ces ateliers sont un maillon indispensable du parcours d'insertion, qui permet de se situer dans le cadre concret des réalités. Or ce mode de réponse est très nettement insuffisant sur l'Hérault pour une forte proportion de personnes très éloignées de l'emploi. Le besoin est ainsi estimé à 270 places, pour une offre actuelle de 216 places. De ce fait, cette perte des espaces de socialisation par l'activité compromet fortement l'insertion des résidents.

L'hétérogénéité du public reçu renforce la complexité des missions d'insertion des travailleurs sociaux :

- pour les personnes très marginalisées, le CHRS devient un lieu de mise à l'abri, où un projet d'autonomisation peut être travaillé mais sur du long cours ce qui n'est pas compatible avec la mission à moyen terme des structures.
- pour les personnes chroniques, « le CHRS est devenu l'annexe de l'hôpital psychiatrique, à tel point que c'est l'hôpital psychiatrique qui réserve des lits dans les CHRS. » Elles peuvent bénéficier d'un accueil en CHRS pour tenter un gain d'autonomie mais sur un temps donné, puis doivent pouvoir être accueillies ensuite dans des

structures adaptées. Certains responsables pensent qu'il faut recevoir tout public, y compris des personnes psychiatriques, mais avec un encadrement spécifique et du personnel formé et qualifié, le prix de journée étant différent. Mais il semble capital de diversifier les publics reçus de manière à ce que les centres d'hébergements ne deviennent pas un lieu de relégation sans réinsertion possible.

2.2 Chapitre 2 : Une psychiatrie en crise :

2.2.1 Le syndrome du supermarché : tout, tout de suite :

Le chargé de mission de l'ARH rapporte l'évolution de la société qui a tendance à tout médicaliser, avec un recours accru aux professionnels de santé mentale, recours pouvant être considéré comme abusif parfois. Il donne l'exemple de la cellule d'urgences médico-psychologiques pour laquelle une intervention est requise sans réelle justification dans nombre de cas. Une réponse immédiate est demandée, sans que l'on se préoccupe pour autant d'une prise en charge correcte dans la durée, lorsque le traumatisme psychologique retentit alors sur l'humeur des personnes.

La nature de la demande ne consiste plus en une demande de soins mais d'une réponse au malaise sous toutes ses formes : problèmes sociaux, sociétaux, pertes des repères individuels.

La société de consommation où les progrès techniques vont plus vite que les progrès sociaux, qui accepte que l'individualisme soit la règle et la solidarité l'exception engendre une société précarisée, avec une montée de la souffrance psychique. Chez les jeunes, le modèle patriarcal est ébranlé, ce qui rend l'intégration sociale plus problématique (78).

2.2.2 Evolution des besoins

En 1960 il y avait environ 180 000 habitants (hbts) à Montpellier et 20 000 sur l'agglomération. En 2003 il y a 220 000 hbts à Montpellier et 400 000 hts sur l'agglomération. Il existe un flux migratoire tel sur Montpellier qu'il y a un solde positif d'environ 800 personnes de plus par mois. Or l'on sait que le taux de prévalence des maladies mentales reste stable dans la population : 1% de schizophrénies, 15% de dépressions selon les données du CREDES, 2 pour 1000 habitants pour les psychoses déficitaires, dysharmonie évolutive et autisme. L'expansion démographique locale ainsi que le taux de précarité particulièrement important entraînent inéluctablement une augmentation des besoins de soins en santé mentale. Or la politique actuelle de planification avec réduction des lits et maîtrise des dépenses ne réalise pas un accompagnement prévisionnel des besoins. La réponse des services publics face à l'évolution démographique n'apparaît pas suffisamment réactive.

2.2.3 Une diminution drastique du nombre de lits en quelques années :

La mise en place de la sectorisation s'est accompagnée de la fermeture de 113 000 lits en France entre 1970 et 1995 (78). L'offre de soins publique et privée en hospitalisation complète a diminué de 27,4 % entre 1990 et 1997. La diminution de la capacité en lits d'hospitalisation complète se poursuit : le nombre de lits passe de 71 280 en 1997 à 68 702 en 1998. Pendant le même temps, la capacité en hospitalisation partielle (jour et nuit), de l'ensemble public et privé est passée de 22 265 à 27 050 places dont 8 794 en psychiatrie infanto-juvénile. Les durées de séjour sont passées de 250 jours en 1970 à 40 jours en 1995. Les deux tiers des patients sont suivis exclusivement en ambulatoire dans les CMP et les hôpitaux de jour.

Cette politique de réduction des lits est liée à une volonté de recentrer l'hôpital psychiatrique sur des missions de soins et de prévention et non plus de suivi et d'hébergement des malades mentaux, ce qui n'était plus sa vocation.

A Montpellier, vers les années soixante, l'hôpital psychiatrique gérait 1500 lits, soit 1500 malades et couvrait tout le département. Lors de la sectorisation, il y a eu une réduction des lits et l'on est passé ainsi de 1500 lits à 375 lits en 2000 puis à 296 après la restructuration actuellement en cours. Parallèlement à cela, l'activité des secteurs est en forte croissance et la file active des malades a augmenté et est passée en 2002 à environ 8000 malades sur le CHU.

La politique de réduction des lits devait s'accompagner du développement du secteur extra-hospitalier, de l'ambulatoire mais ceci n'a pas été réellement le cas.

Bien que la séniorisation des urgences apporte une réponse spécifique à tout malade arrivant aux urgences du CHU avec un problème de santé mentale, cette réponse n'est souvent que ponctuelle, faute de pouvoir hospitaliser les personnes. La qualité de la prise en charge est ainsi directement remise en question, plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité.

L'environnement des patients devient alors primordial pour assurer un soutien dans la démarche thérapeutique. Pour les résidents des CHRS, il devient crucial qu'il y ait une articulation avec les équipes de soins, afin d'assurer un accompagnement et une continuité dans la prise en charge, ce qui se fait difficilement, faute de temps et de repérage des acteurs.

2.2.4 Evolution de la démographie médicale et baisse des effectifs paramédicaux :

➤ Un numérus clausus qui n'a pas anticipé les besoins :

Le nombre de psychiatres en France est en diminution puisqu'il devrait passer de 12 000 en 1998 à moins de 8000 en 2020 (79). Dès à présent la pénurie se fait sentir dans les secteurs publics puisque 2 internes sur 3 s'orientent vers le privé alors que environ 400

postes sont vacants dans les hôpitaux. En 2005-2010, deux tiers des départs à la retraite ne pourront être remplacés.

La diminution du nombre d'étudiants en médecine, débutée dans les années 80, a atteint des niveaux critiques, tant pour le numerus clausus à la fin du premier cycle des études médicales (3850 en 2000) que pour le diplôme d'études spéciales en psychiatrie.

➤ Des contraintes multiples :

Les établissements hospitaliers ont longtemps fait assurer une grande part des tâches médicales quotidiennes (gardes, tenues des dossiers, observations médicales...) par les internes et étudiants. La conjonction de la réforme de l'internat et de la disparition des certificats d'études spécialisées a conduit une diminution très importante du nombre de psychiatres en formation dans les hôpitaux. Par ailleurs, alors que le poids des gardes augmente avec la mise en œuvre des Services d'accueil d'urgence (SAU) qui se superpose aux gardes et astreintes traditionnelles, le nombre de médecins (internes et assistants) qui les assumaient vient à diminuer. Ceci oblige à réaménager des dispositifs de gardes. Ces contraintes supplémentaires sont perçues comme un accroissement de la pénibilité des fonctions hospitalières ce qui restreint encore l'attractivité du service public. Par ailleurs, il existe une inégalité de répartition des psychiatres sur le territoire avec une concentration forte à Paris et dans le secteur privé dont l'activité est également très importante.

La psychiatrie, sauf à être complètement dénaturée, ne peut se concevoir qu'à partir de l'établissement de relations dans une certaine durée, ce qui nécessite une disponibilité de l'acteur du soin(78). Or cette disponibilité s'amenuise à mesure que l'on superpose de nouvelles missions dans le champ de la psychiatrie à un moment où le nombre global de médecins va diminuer, et plus particulièrement du nombre de psychiatres.

➤ Manque de personnel infirmier :

Le directeur de la psychiatrie du CHU expliquait qu'actuellement il y avait une véritable pénurie d'infirmières :

-lorsque la sectorisation a été mise en place, le personnel du CHU a été redéployé sur les secteurs de Sète et de Béziers qui ont été créés et le CHU a perdu 280 agents, alors même que le flux migratoire n'a cessé d'augmenter.

-la suppression du diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie intervenue en 1992 a eu pour conséquence une féminisation de la profession. De plus, les infirmières qui prennent leur poste en psychiatrie ne le font plus par choix le plus souvent, comme auparavant.

-la réduction du temps de travail a aggravé la situation, ainsi que le départ prématuré d'infirmiers qui ont choisi de faire valoir leur droit à la retraite avant la mise en place de la nouvelle réforme.

Actuellement il y a 30 postes d'infirmières en psychiatrie non pourvus au CHU. La féminisation du personnel infirmier a un impact sur les conditions de travail et les pratiques professionnelles : face à des patients parfois très difficiles, psychopathes ou pervers, avec une forte charge d'agressivité, il existe une tension très nette chez le personnel à qui l'on a « imposé » ce champ d'activité ; il en découle parfois une demande forte de sédation des patients potentiellement violents et une tendance à la sur-médicamentation.

2.2.5 Une carence des réponses de proximité :

Un médecin constate une explosion de la demande actuellement par rapport à la santé mentale aux urgences du CHU, qui est due entre autre à une carence des réponses de proximité.

« une personne est venue de Lunel (existence d'un hôpital local) pour déposer sa souffrance, venait d'être licenciée et se retrouvait dans une situation catastrophique ; a fait le chemin jusqu'à Montpellier pour parler avec le psychiatre de garde des urgences. On aurait pu penser que si elle avait trouvé une réponse de proximité sur Lunel, elle ne se serait pas déplacée, n'aurait pas attendu 4h aux urgences ». Dans ce cas là, la réponse apportée était une écoute, et une hospitalisation n'était pas nécessaire ni demandée. Ceci pose la question de la réponse de proximité au sein des hôpitaux locaux.

2.2.6 Une insuffisance des structures d'aval :

L'ARH a opéré un recentrage de la politique hospitalière sur la prévention et la réalisation des soins, plutôt que sur l'hébergement. Ceci s'est traduit par une réduction importante des lits en psychiatrie, qui ne s'est malheureusement pas accompagnée, à la même vitesse, de la mise en place de structures, sanitaires ou médico-sociales, susceptibles d'accueillir pour des durées plus ou moins longues les malades qui le nécessitent (78). Le handicap qui est selon le schéma de Wood, la conséquence sociale d'une restriction de fonctionnement (incapacité), elle-même provoquée par une anomalie (défiance), dont l'étiologie (maladie) peut être variée, fait l'objet depuis 1975 d'une définition administrative. Cette définition a des effets sur la prise en charge puisqu'elle permet d'orienter ceux qui sont déclarés handicapés dans le dispositif médico-social afin d'y bénéficier d'une prise en charge éducative, pédagogique et rééducative. Des soins sont également assurés dans ces établissements mais ils ne peuvent revêtir la même densité que dans le secteur sanitaire.

Or, l'insuffisance des dispositifs, la multiplicité des financeurs et des décideurs, l'incapacité à mettre en place des doubles prises en charge ont entraîné difficultés de

fonctionnement, cloisonnement, logique de filière, dilution des responsabilités, perte d'efficacité, en limitant les stratégies de coopération et de prise en charge concertée jouant sur les différents plans du schéma de Wood.

En Languedoc Roussillon (79) dans le cadre de la préparation du SROS de psychiatrie, les établissements publics et privés ont déclaré accueillir des malades relevant d'autres structures. Les besoins ainsi évalués s'élèvent à : 143 places de Maison d'accueil spécialisée (MAS), 100 places de Foyer à double tarification (FDT), 60 places de Foyers occupationnels (FO) ou de lieu de vie, 40 places de maison de retraite, 40 places de Centres d'aide par le travail (CAT).

Selon le directeur de la psychiatrie, il y aurait encore 140 psychotiques chroniques dans les murs du CHU qui n'y ont plus leur place. Faute de structures accueillantes en aval, les patients psychotiques sont pris en charge à domicile ou en hôpital de jour. Lors d'une décompensation, ou rupture de soins, il y a risque majeur que le patient se retrouve dans un état de solitude extrême à domicile ou bien termine à la rue, ou en prison.

Toujours selon les mêmes sources, il y aurait actuellement 200 malades mentaux à la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelonne, près de Montpellier, qui ne devraient pas y être; « c'est un gâchis humain, une véritable injustice ».

L'engorgement des services de psychiatrie a pour conséquence des refus d'admission pour hospitalisation, ou des durées de séjour écourtées avec des sorties prématurées. Les CHRS sont ainsi amenés à recevoir des personnes non stabilisées qui se sont retrouvées à la rue, ce qui représente une lourde charge pour les structures qui ne sont pas équipées pour recevoir ce public.

Les dépenses de l'assurance maladie en 98 en Languedoc Roussillon pour les établissements adultes handicapés se sont élevées à 332 millions de francs avec une augmentation de 3,45% par rapport à 97. Pour mémoire, l'enveloppe sanitaire s'élevait, la même année à 12,183 Milliards de francs avec une augmentation de 2,2%. Ces établissements étant, par essence destinés à accueillir pratiquement à vie leurs pensionnaires, le programme annuel de création est nettement insuffisant.

Le développement du secteur médico-social dépend en partie des choix politiques des collectivités locales (foyer occupationnel, foyer à double tarification, foyer d'hébergement...), avec des départements comme celui de l'Hérault aux charges financières considérablement alourdies par l'Allocation aux personnes âgées (APA). Sachant que la population accueillie dans ces structures ne peut qu'augmenter, l'amélioration de l'offre dépend alors de la volonté au niveau national, d'affecter une enveloppe conséquente au secteur médico-social.

2.2.7 Une rigidité de fonctionnement : inadaptation de l'offre de soins par rapport au public en situation de précarité

Traditionnellement le fonctionnement de la psychiatrie est basé sur la demande du patient. La précarité rend le travail d'ajustement extrêmement difficile. La personne atteinte de souffrance psychique opère toujours, à des degrés différents, un déplacement, une méconnaissance ou un déni de ses troubles, dont l'effet le plus courant est de limiter la demande de soins : leurs problèmes sociaux priment, les « psy » font peur et ils ne voient pas très bien le type d'aide qu'ils pourraient leur apporter ; pour certains d'entre eux, ayant eu affaire à la psychiatrie dans leur passé, l'expérience négative qu'ils disent en garder renforce ce sentiment de rejet. Ainsi, les pauvres, les exclus récuse eux-mêmes l'intervention de la psychiatrie : l'absence passive de demandes de soins s'accompagne très souvent d'un refus actif alors même qu'une souffrance psychique est authentifiée par les intervenants sociaux. En l'absence d'hospitalisation sous contrainte, les services d'urgence et de psychiatrie sont mis dans l'embarras, l'indécidabilité, l'intervention impossible même lorsqu'elle apparaît nécessaire. Il faut comprendre la situation sociale qui ne se limite pas au socio-économique, qui pèse pourtant lourdement, et l'on voit l'importance d'une théorie de la pratique suffisamment adéquate à la dimension de la précarité sociale (23).

Dans ce contexte, il n'est plus question d'attendre une demande témoin d'un besoin de soins, mais d'aller au devant des personnes afin de leur permettre de mentaliser cette souffrance pour pouvoir la poser. C'est ce que réalise l'UMIPPP en plus d'une fonction d'évaluation et d'orientation spécialisée. Le suivi des patients orientés par les infirmiers de l'unité mobile relève ensuite de la mission des professionnels de santé mentale du CHU concernés. L'UMIPPP constate que les résidents ont beaucoup de mal à adhérer au traitement et à la psychothérapie, car la rythmicité des consultations n'est pas adaptée. La démarche de soins entamée, il y a fréquemment un mois entre deux consultations, ce qui a pour conséquence le plus souvent un échappement aux soins. Ce suivi « standard » ne fonctionne pas avec les personnes en souffrance psychique à problème multi-factoriel qui se retrouvent dans les CHRS, voir à la rue.

Pour les personnes hospitalisées en psychiatrie, il y a normalement un suivi post hospitalisation par les équipes de secteur si la pathologie du patient le nécessite. Or les infirmiers de l'unité mobile constatent une certaine difficulté des psychiatres du CHU à faire suivre les résidents des CHRS par les infirmiers de secteur, par habitude ou du fait du patient qui mal stabilisé ne comprend pas toujours la nécessité d'un suivi en CMP. Afin de maintenir le lien thérapeutique entre deux rendez-vous, l'accroche aux soins, l'équipe de l'UMIPPP intervient alors en relais pour soutenir les personnes. Ceci constitue toutefois un palliatif et il reviendrait aux équipes de secteur d'assurer un suivi

indispensable et rapproché, tout du moins dans les débuts de la prise en charge. Même s'il n'est pas du rôle de l'UMIPPP de se substituer au travail de secteur, la continuité de la prise en charge des résidents des CHRS repose bien souvent sur elle. Cet état de fait traduit-il une incompréhension des limites des missions de l'UMIPPP par les services de psychiatrie, ou une résistance des équipes de secteur à modifier leur pratique et travailler avec les CHRS ?

Par ailleurs, les équipes des CHRS ont constaté une tendance à la sur-médication des personnes adressées à la psychiatrie en situation de crise, alors que seule la fonction « contenante » de l'hôpital serait suffisante pour dépasser cette crise, et d'entamer une psychothérapie. La nécessité de libérer les places impacte la qualité et la nature de la prise en charge. La camisole chimique empêche la personne d'être sujet de son traitement. Quelle place laissée aux autres formes de thérapies ?

❖ L'augmentation de la sollicitation des services de santé mentale, la politique de réduction des lits avec une diminution pour 2003 de 79 lits d'hospitalisation à temps complet en plus sur Montpellier, la baisse de la démographie médicale et l'impact de l'ARTT et de la réforme des retraites, l'insuffisance constatée de places dans le secteur médico-social, aboutissent à une situation critique du fonctionnement de la psychiatrie au CHU. Il y a saturation des services et la réponse aux besoins est insuffisante. Les temps de réactivité longs des services de psychiatrie sont tels qu'il y a échappement de l'accroche au système de soins des populations précaires, accroche pourtant souvent longuement travaillée par le secteur social, même si l'échappement est limité en partie par l'intervention des infirmiers psychiatriques de l'unité mobile.

2.3 Chapitre 3 : le travail en réseau : une illusion de plus ? :

Aux difficultés propres du secteur social et de la psychiatrie, viennent s'ajouter les incompréhensions diverses du travail en partenariat. On assiste à des équipes qui auraient tout intérêt à collaborer mais qui ne se rencontrent pas vraiment. Il résulte une situation particulièrement tendue entre les professionnels des deux champs, expliquée par :

2.3.1 Un sentiment d'instrumentalisation :

Du fait de la politique de réduction des lits et de l'insuffisance de places dans le médico-social, les CHRS ont le sentiment d'un « basculement » des malades mentaux

chroniques plus ou moins stabilisés dans le champ de l'aide sociale à l'hébergement, sans le préalable d'une réflexion approfondie sur la place de « ces malades ».

Certains responsables d'établissements souhaiteraient que les pouvoirs publics définissent clairement le rôle des CHRS : si c'est celui de stabiliser les malades chroniques et de tenter un gain d'autonomie, la mission de réinsertion dévolue aux équipes devient alors par trop ambitieuse.

L'insuffisance de liaison entre les secteurs psychiatriques et le champ social pour organiser le passage de relais à la sortie d'hospitalisation fait que les travailleurs sociaux se retrouvent devant le fait accompli. Ils ont alors à gérer des personnes non stabilisées, ou relevant d'une prise en charge chronique par le secteur médico-social, sans soutien des professionnels de santé mentale. Les équipes ont le sentiment d'être utilisées par défaut. Même si l'UMIPPP vient atténuer cela, il reste que les travailleurs sociaux vivent mal l'absence de concertation en aval d'une hospitalisation.

2.3.2 Une définition des champs de compétence de chacun à reconnaître :

Lorsque des équipes réalisent une hospitalisation sous contrainte, hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers, elles ne sont pas confirmées le plus souvent par la psychiatrie. Les équipes ont le sentiment que leur évaluation sociale n'est pas prise en compte. Bien que non soignants, l'expérience acquise au contact des personnes présentant des troubles du comportement fait qu'ils sont à même de repérer les symptômes de décompensation ou d'alerte, qui nécessitent une prise en charge adaptée en milieu hospitalier.

La situation est identique lorsqu'une équipe s'est investie pendant plusieurs jours pour préparer une personne à l'hospitalisation. Lorsque celle-ci l'accepte, faute de place, la demande n'est pas prise en considération dans l'immédiat, ou bien l'hospitalisation est de trop courte durée, avec parfois sur-médication sans proposition de psychothérapie. Les travailleurs sociaux se sentent incompris, avec une réponse de mauvaise qualité, négation du résident à être sujet de sa démarche de soins ; ils estiment qu'il y a perte de chance et un décalage important entre l'investissement consacré à la démarche de soins et la réalité de la prise en charge. « Espoirs déçus et retour à la case départ ».

L'UMIPPP intervient sur ce temps charnière pour travailler et faciliter une hospitalisation et, comme il a été vu plus haut, pour assurer le relais à la sortie en attendant que le suivi de secteur s'organise. Mais l'équipe ne va pas dans tous les établissements et ne peut pallier à toutes les demandes 24H sur 24. Certaines structures refusent l'intervention de l'unité mobile en leur sein, par idéologie de ne pas vouloir « psychiatriser le social » et /ou refus de cautionner l'utilisation des CHRS comme porte

de sortie des malades mentaux. Pour celles-ci, il n'y a pas de difficulté majeure à orienter vers la psychiatrie, mais c'est plutôt le temps de réactivité et les modalités de réponse des services qui posent question. Face à une situation de crise, ils veulent pouvoir faire appel à la fonction « contenante » de l'hospitalisation en psychiatrie, sans « lobotomiser » chimiquement le sujet. "On peut se demander si la psychiatrie accepte des crises de folie", "si elle peut être non violente pour le sujet."

Des travailleurs sociaux citent des exemples de prise en charge réussie et coordonnée sans sur-médication, mais grâce à l'implication forte d'un psychiatre qui a compris les attentes de l'équipe du CHRS, et qui a pris le risque de changer sa pratique. Les travailleurs sociaux expriment le souhait que leur savoir faire soit reconnu par les professionnels de santé mentale. Ils ont le sentiment que leur capacité à être partenaire de la psychiatrie n'est pas reconnue.

2.3.3 Des modes d'organisation de l'accueil d'urgence mal compris :

Lors des rencontres des services de psychiatrie par la DDASS, les assistantes sociales de secteur ont clairement fait état d'une remise en cause de leur évaluation sociale : lorsqu'elles adressaient une demande d'hébergement pour un patient SDF à la sortie d'une hospitalisation, celle-ci n'était pas directement prise en compte mais automatiquement centralisée et réexaminée par l'éducateur de CORUS. Cet accueil de jour de coordination des réponses à l'urgence sociale ventile les admissions sur les CHRS au regard des places disponibles. Pour elles, cela correspond à une remise en cause de leur compétence. Alors même que c'est l'organisation propre aux structures, avec un système de guichet unique dans le cadre du dispositif hivernal d'urgence sur Montpellier, qui fait que toute demande d'hébergement passe automatiquement par CORUS. Faute de places, la réponse n'est pas toujours favorable ce qui renforce les crispations et remet en question l'intérêt de coopérer. Il faut souligner que le mode d'admission en CHRS n'est pas toujours très transparent par rapport aux partenaires extérieurs. En effet, certains CHRS ont délégué de façon permanente leurs admissions à CORUS y compris hors dispositif hivernal mais ce n'est pas le cas de tous. Il devient nécessaire de rendre les procédures d'admission plus lisibles pour l'extérieur et ceci fait l'objet d'un groupe de travail prévu dans le cadre du SAHI.

2.3.4 Une réciprocité mise en question :

Lorsque des CHRS « jouent le jeu » de recevoir des patients sans domicile fixe à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie et porteur de pathologie mentale, ils attendent une coopération de l'équipe de secteur, surtout en cas de survenue d'une crise. Souvent ce travail de lien est mis en échec, parce que la « bonne personne impliquée, militante

n'est pas là » et le contrat tacite, non formalisé par un protocole clair est rompu. Les travailleurs sociaux ont le sentiment « d'être lâchés » par les équipes de santé mentale qui, faute de place, ne sont pas toujours en capacité non plus de reprendre momentanément le résident. De la même manière que les CHRS se portent garants vis à vis des bailleurs sociaux pour le public qu'ils accompagnent au niveau du logement, ils souhaitent des garanties de la psychiatrie pour être présente le week-end, la nuit en cas de survenue d'une décompensation du patient hébergé. Se pose aussi la question de l'articulation entre les CHRS et la psychiatrie après hospitalisation d'un résident, pour définir conjointement la stratégie d'accompagnement et de « reprise » de celui-ci si son état le nécessite. Or cette articulation fait défaut. Comme le souligne le rapport précarité grande exclusion, c'est au plan de l'élaboration des projets thérapeutiques et surtout de leur réalisation pratique que la désinsertion fait son effet. Les difficultés liées à l'absence de logement compromettent la démarche de soins et les équipes psychiatriques parfois autocensurent leur mobilisation thérapeutique devant la lourdeur de la tâche. Il apparaît clairement qu'une concertation accrue entre les professionnels des deux champs sur l'accompagnement social et sanitaire réalisé permettrait d'améliorer la prise en charge globale des hébergés.

2.3.5 Une connaissance insuffisante des partenaires :

Les modalités d'admission des résidents des CHRS pour une hospitalisation en psychiatrie prévoient la prise en compte de la date de naissance de la personne. Ce sont donc les mêmes équipes de soins qui les accueillent. Cela participe à garantir une certaine continuité dans la prise en charge, indépendamment du lieu de rattachement du CHRS duquel il provient. Mais la multiplicité des secteurs (sept) a l'inconvénient, pour les travailleurs sociaux des structures, de multiplier les équipes de soignants avec lesquelles ils devraient entrer en liaison en pré ou post hospitalisation des résidents qu'ils accompagnent. Le repérage mutuel entre équipes soignantes et équipes éducatives n'est pas aisé ce qui constitue également un frein à l'élaboration de partenariat .

2.3.6 Des résistances au changement :

Pour un responsable associatif, la dimension de réseau, c'est de partir de la posture de l'utilisateur, et d'aller à partir de lui questionner des mises en lien, ce qui nécessite des outils très cadrants et l'élaboration de réponses innovantes. Pour cela, il est nécessaire que les partenaires puissent s'accorder un temps préalable au départ de la coopération pour poser leurs contraintes respectives, puis commencer le travail d'articulation, de lien, sa rythmicité.... Ceci amène à revoir ses pratiques professionnelles, à se mettre en

mouvement. Des professionnels du champ social estiment que ceux de la santé mentale ont une grande résistance à décloisonner leurs pratiques et à travailler avec eux.

“La psychiatrie s’est endormie et n’a pas appréhendé le phénomène lié à la précarité à sa juste dimension Il y a effectivement une approche clinique de la précarité à avoir, ce qui ne se travaille pas de la même manière que le traditionnel accompagnement de la maladie mentale”.

❖ Connaissance et reconnaissance, confiance, intérêt mutuel à coopérer, réciprocité, compréhension du métier de l’autre et de ses limites, de l’utilité d’une complémentarité sont les facteurs clefs d’un travail en partenariat (7). La situation sur Montpellier tant au niveau de la psychiatrie publique que du côté des CHRS est telle que ces éléments sont fortement malmenés. Il devient évident que dans ces conditions le travail en réseau a ses limites et ne peut suppléer à un dysfonctionnement de chaque partenaire.

3 TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS

Nous énoncerons les propositions qui permettraient, au regard de ce qui a été soulevé précédemment, une amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en CHRS.

3.1 Chapitre 1 : du côté des CHRS

3.1.1 Une offre d'hébergement diversifiée :

Indépendamment de la rénovation de certaines structures dont les locaux ne sont pas adaptés et une meilleure répartition géographique de l'offre, il s'agit plus de diversifier les modes de réponses que de multiplier le nombre de CHRS. Ceci afin d'éviter la stagnation et la chronicisation dans les structures de personnes dont les situations n'en relèvent plus. Comme pour les établissements de santé, il est question d'organiser une logique de filières de parcours des publics pour répondre au mieux aux besoins. L'adaptation de l'offre passe par une structuration des dispositifs allant du plus lourd au plus léger en terme de moyens.

Les partenaires interrogés souhaitent le développement de structures innovantes, où la prise en charge se limite à de l'accompagnement social lorsque la maladie mentale est stabilisée ou vers plus de médical quand la pathologie évolue défavorablement. Ce dans un cadre institutionnel qui doit être souple, en capacité, par le travail d'accompagnement au quotidien dans le lieu d'hébergement, de participer à une démarche de soins réalisée ailleurs, soit par l'hôpital ou soit par une structure comme Via Voltaire.

Deux projets d'offre diversifiée existent actuellement dans le cadre du SAHI.

➤ Henri Wallon :

Le CHRS Henri Wallon avait un fonctionnement de structure alternative à la psychiatrie depuis 1978, avec un public de malades souffrant de troubles psychiatriques stabilisés, dont 80% avaient l'AAH. La transformation en cours d'Henri Wallon prévoit de recevoir un public orienté par les autres CHRS, à composante psychologique ou psychiatrique légère. Henri Wallon est une des structures de l'APAJH, association dont le champ d'action se situe dans le médico-social. Il était intéressant de conserver le savoir faire des équipes d'Henri Wallon par rapport au public en difficulté psychiatrique et leur connaissance du réseau médical. Maintenant, les professionnels de ce CHRS nouvelle formule doivent apprendre à travailler en réseau avec les autres CHRS de 1^{ère} ligne. La structure vient d'ouvrir en 2003 avec une capacité de 12 places et montée en charge progressive jusqu'à 30 places pour 2004. Elle n'offre pas pour le moment un accueil 24H sur 24. L'UMIPPP intervient par convention dans la structure pour suivre les résidents. Henri Wallon a très

peu d'orientations et est en sous effectif (5 personnes sur 12 lors de l'entretien). Malgré le "démarchage" opéré par Henri Wallon auprès des autres CHRS, le partenariat se met difficilement en place. Le directeur est confronté à une situation qui pour lui est nouvelle et l'analyse comme une rivalité associative entre CHRS, une difficulté à "lâcher" les personnes, sans doute aussi une volonté des établissements de mieux connaître la fiabilité de son centre avant de lui adresser des résidents. Il pense également que les modalités proposées (2F5 ET 2 F4) ne correspondent pas au souhait du public qui préfère de l'hébergement individuel, ce qui évite les contraintes de la vie en groupe. La restructuration d'Henri Wallon révèle les jeux des acteurs sociaux qui ont pourtant réclamé une structure de ce type. La « rivalité associative » pose la question du sens de « la mission de service public de certaines associations » qui veulent une position de monopole et de la place de l'utilisateur. Cette sous utilisation de la structure doit pouvoir être évaluée et reprise par la DDASS, l'institution ayant un rôle à jouer en terme de régulation de la planification entreprise dans le cadre du SAHI. Le projet d'Henri Wallon est d'amener les personnes à mieux gérer leur pathologie, avoir des liens relationnels plus forts et soutenant, afin d'envisager une sortie vers le milieu ordinaire ou alors vers le médico-social après orientation COTOREP. La question du handicap psychique est posée. Sa reconnaissance dans le cadre de la prochaine loi sur le handicap, permettrait sans doute d'améliorer la prise en charge des personnes handicapées en raison de troubles psychiques. Cela nécessitera de concevoir des outils d'aide à la décision concernant l'accès aux prestations spécifiques de ce public.

➤ La maison relais:

L'OUSTAL tente de développer un projet de maison relais, lieu de vie en interaction avec son environnement, avec des intervenants sociaux et médicaux de droit commun, un partenariat avec la PASS et les médecins libéraux. Elle recevra des personnes à autonomie réduite, qui sont stabilisées, pour créer du lien social sur du long terme. Avec une prise en charge médicale adaptée, il peut être obtenu une certaine autonomisation du sujet et un contrôle de la violence. La maison relais comprend un hébergement en studios, un lieu collectif pour les repas, une salle polyvalente, un concierge et deux travailleurs sociaux. La réussite d'un tel projet passe par une bonne dynamisation de la structure. Pour le promoteur, l'orientation sur la maison relais ne pourrait se faire qu'après passage en CHRS, pour donner la possibilité aux personnes qui en ont la capacité de s'insérer à partir de l'accompagnement fait par le Centre d'hébergement, même si le but de la maison relais peut aussi être d'en sortir.

Par ailleurs, il convient de soutenir des initiatives comme les appartements relais ou structures permettant à des personnes démunies d'assurer leur « parentalité », leur droit de garde auprès de leurs enfants sur un temps court.

3.1.2 Un projet institutionnel clair :

➤ Le projet d'établissement :

Au regard des questionnements des structures sur leurs missions et le public accueilli, les missions d'urgence qui bousculent les pratiques d'accompagnement «classique » des travailleurs sociaux, l'élaboration d'un projet institutionnel, inscrite dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, devient primordiale. Le projet institutionnel permet de structurer le dispositif global d'intervention, en définissant les objectifs de la structure en matière de coordination, de coopération, d'évaluation des activités, de la démarche qualité et les modalités de fonctionnement et d'organisation. Il intègre entre autres, le conseil de la vie sociale pour une participation active des usagers au fonctionnement de l'établissement, le règlement intérieur sur lequel les résidents sont consultés et le projet pédagogique. Il précise les relations fonctionnelles entre la direction et les salariés. Le cadre institutionnel posé, la relation accompagnateur –résident peut alors avoir son propre espace car la fonction d'accompagnement est difficilement conciliable avec la fonction décisionnelle. Le projet institutionnel doit comprendre la formalisation des alliances particulières entre l'établissement et les autres partenaires, sociaux, médico-sociaux, de la santé et de l'insertion. Il est garant d'une ouverture de l'établissement sur les structures de droit commun de la cité et doit lutter contre l'enfermement des personnes dans l'institution, le risque de dépendance, d'enkystement.

➤ La régulation d'équipe

C'est une composante forte de la mise en œuvre du projet institutionnel et de soutien des équipes. Elle devient un outil de management indispensable pour une meilleure pratique au sein des CHRS. Pour certains, elle doit être structurée, avec un cadre d'obligations pour les salariés. Il semble important qu'il y ait un lien fort entre l'intervenant « superviseur » et la direction, pour une prise en compte des échanges permettant la transformation des pratiques en interne, alimentant le projet pédagogique. Elle permet également le travail en cohérence de toute l'équipe par rapport à celui-ci. C'est une démarche qui participe à une prise en charge intelligente, cohérente et professionnelle des usagers, notamment en aidant à gérer les conflits. Elle doit être clairement financée.

➤ Le projet pédagogique :

Parallèlement, il est important de clarifier le projet pédagogique au sein des CHRS afin de structurer l'accompagnement des résidents. Il résulte du repérage des problèmes identifiés dans la prise en charge des personnes et les solutions trouvées, ce que l'on entend par analyse du parcours, définit des critères qui permettent d'évaluer « quelque chose de l'action sociale qui ne se voit pas immédiatement mais qui va travailler sur le temps. » Il doit donc clarifier les modalités propres à mettre en œuvre au sein de la

structure pour réaliser la prise en charge des personnes au regard des missions d'insertion ou d'autonomisation. Il doit tenir compte également du fait que l'espace initial d'insertion devient aussi un espace de soins. Il doit s'attacher à définir l'accompagnement mixte, réalisé dans le cadre d'une coopération avec les professionnels qui apportent une compétence spécifique de l'extérieur comme l'UMIPPP. Les modalités d'intervention des professionnels de santé doivent respecter leur déontologie et le secret médical, et se situer en dehors du contrat éducatif des équipes sociales. Des procédures d'accompagnement ont été mises en place entre des soignants et des travailleurs sociaux, à l'occasion de la gestion d'une situation particulière mais elles restent l'exception. Le projet pédagogique doit poser également les règles de circulation de l'information entre professionnels de corps différent, pour respecter les droits de l'utilisateur tout en travaillant en synergie. Par ailleurs, les aspects matériels et organisationnels qui ont un impact sur la sécurité physique des résidents participent à la prise en charge de la détresse des personnes (femmes battues et sécurisation des locaux et visites). Il est à souligner l'éclairage culturel que peut apporter la psychiatrie sur les questions architecturales et leur impact sur l'humeur des hébergés.

3.1.3 Une formation des travailleurs sociaux plus adaptée :

Pour des responsables institutionnels, la cassure qui s'est opérée il y a plus de 20 ans dans la formation initiale des métiers d'assistante sociale et d'infirmière a été préjudiciable à une culture professionnelle commune entre le social et le sanitaire. La reconnaissance du métier à part entière que représente la gestion de l'urgence sociale nécessite une formation spécifique, différente de celle du travailleur social de base, développant des capacités à l'interdisciplinarité.

Les professionnels doivent apprendre à travailler avec d'autres corps de métier. La relation duelle entre l'éducateur et l'utilisateur s'est modifiée et complexifiée. Les CHRS ne se cantonnent pas à la seule mission d'hébergement, ni d'accès aux droits mais ils se sont impliqués dans les champs de l'insertion sociale et professionnelle. Ils ont développé des actions diversifiées aussi bien dans le domaine de l'insertion par l'économique, que celui du logement, de la santé, de la culture. Ceci impose de trouver des liaisons avec les différents partenaires intervenant dans des champs de compétence connexes à l'aide sociale à l'hébergement. La formation doit pouvoir répondre à ces objectifs, modifier les représentations et donner les outils permettant de développer les coopérations avec les autres professionnels.

EN 2000, la FNARS a proposé à la région, dans le cadre d'une plate-forme de professionnalisation des emplois jeunes, la mise en place d'une formation TASSO (technicien d'accueil service social et orientation) pour l'urgence sociale au sein des

CHRS. Il s'agissait d'apprendre à travailler avec les pompiers, le Samu, la police, la psychiatrie. Cette formation mise en place avec l'IRTS permettait des équivalences avec les métiers de moniteur éducateur ou éducateur.

Plusieurs soignants ont souligné l'intérêt de leur point de vue de donner des outils d'aide au repérage des maladies mentales aux équipes éducatives, aborder le déni, le problème de l'adhésion aux soins avec les hospitalisations sous contraintes (HO, HDT), les conduites addictives. Sur ce point, une formation à la prise en charge des toxicomanies a été organisée par la DRASS pour l'ensemble des CHRS de la région pendant deux années consécutives.

Par ailleurs, la formation doit intégrer les notions d'évaluation de manière à ce que les travailleurs sociaux soient en capacité de participer à l'élaboration d'un rapport d'activité critique sur leur activité et leur environnement. Ils doivent pouvoir contribuer à leur niveau à l'évaluation des politiques publiques.

3.2 Chapitre 2 : du côté de la psychiatrie :

3.2.1 Renforcer les équipes de secteur:

Pour le responsable des services de santé mentale au CHU, l'articulation entre la psychiatrie et le secteur social est possible à partir du moment où l'on arrive à renforcer le travail de secteur, afin d'obtenir une amplitude horaire plus large pour les CMP.

La restructuration en cours des services de psychiatrie du CHU avec une diminution de 79 lits d'hospitalisation à temps complet permet de dégager 7 ETP de médecins psychiatres ainsi que 36 ETP d'infirmiers et 1,5 ETP de psychologue. Ce personnel sera ainsi ventilé sur les secteurs pour renforcer le travail de suivi ambulatoire et développer la prévention, en amont des soins, et les interventions lors de situations de crise. Celles-ci correspondent à une situation interactive conflictuelle impliquant le patient et son environnement ; c'est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence médicale, psychiatrique ou mixte. De même, un renforcement des unités d'hospitalisation restantes qui ne feront plus du "gardiennage" sera opéré. Il espère que ce soutien des équipes intra-muros permettra de densifier la prise en charge et d'assurer une meilleure stabilisation des patients avant leur sortie d'hospitalisation.

L'UMIPPP a bénéficié des effets de cette réorganisation avec une augmentation de temps infirmier et de psychologue, car le fonctionnement de cette équipe mobile a permis de réaliser un travail de lien entre l'institution psychiatrique et les CHRS. Il existe maintenant une articulation plus intelligente même si elle est encore perfectible.

Parallèlement à ce renforcement, le travail concernant la désignation d'un référent « précarité » au sein de chaque secteur pourrait être utilement poursuivi. Interlocuteur

privilegié des structures, ce référent assurerait une médiation entre la psychiatrie et le secteur social, pour une facilitation des articulations entre les équipes et donc un meilleur suivi des personnes.

3.2.2 Développer le secteur médico-social:

Comme l'ont souligné les Etats généraux de la psychiatrie à Montpellier en juin 2003, le manque de places adaptées en nombre suffisant doit être comblé et réalisé à proximité des familles, en résidentiel comme en ambulatoire. La mise en place de nouvelles structures plus proches des besoins doit être encouragée sans réduction des moyens. On ne peut plus accepter les transferts de patients du secteur sanitaire vers le secteur médico-social sans accorder à ce dernier les moyens nécessaires. Les structures ainsi créées permettront de faciliter le flux en aval de l'hôpital et de libérer des places d'hospitalisation pour les soins actifs. Ceci améliorera les capacités de l'hôpital à être réactif par rapport aux demandes d'hospitalisation des CHRS, sans pour autant remettre en cause la qualité de la prise en charge.

3.2.3 Rééquilibrer le rapport public/privé:

En Languedoc Roussillon, 41% de l'offre de soins en hospitalisation complète est assurée par les établissements privés contre 15% au plan national. Le nombre de psychiatres d'exercice libéral :256 est supérieur à celui des psychiatres salariés :130.

L'ARH préconise d'associer les psychiatres libéraux à la prise en charge de la santé mentale des personnes précaires, comme cela a pu se réaliser à Nîmes ou Perpignan pour la prise en charge des suicidants, par une coopération public/privé.

L'agence de l'hospitalisation souhaite mettre à disposition du secteur privé les mêmes outils de travail que le secteur public. Ainsi, elle négocie actuellement avec la fédération hospitalière la création d'un CATTP privé qui jusqu'à présent ne peut bénéficier de financement puisque hors champ habituel de la tarification. L'objectif de l'ARH est de pouvoir faciliter le développement de structures alternatives à l'hospitalisation pour augmenter le potentiel d'accueil des patients par le secteur privé. L'ARH soutient actuellement un projet de transformation d'une structure privée de soins de suite et de réadaptation indifférenciée en unité de post-cure psychiatrique, autre mode d'alternative à l'hospitalisation, pour pathologies chroniques stabilisées. L'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 permettra sans doute à ce projet de voir le jour sans transformation préalable de l'existant.

3.2.4 Développer les réponses de proximité:

Formaliser des synergies avec les médecins généralistes :

Ces acteurs de soins de proximité, de première ligne, interviennent dans le suivi thérapeutique des patients démunis. L'abord somatique est d'ailleurs quelquefois la première porte d'entrée sur le soin qu'acceptent les personnes (3), notamment celles qui vivent dans la grande précarité, et qui présentent des lésions souvent très avancées. L'oubli d'elles mêmes fait qu'elles sont devenues insensibles à ce qui touche à leur corps, leur intimité. Le médecin généraliste participe alors à la détection précoce de problématiques de santé mentale (psychoses, dépressions résistantes) non évaluées jusqu'alors et non prises en charge (70% des états dépressifs sont vus par les médecins généralistes). Ils ont ainsi une place dans la filière de soins en santé mentale. C'est le renforcement du dispositif d'urgence de première ligne et la formalisation des liaisons entre ces praticiens et la psychiatrie de secteur qu'il s'agit de définir, et plus particulièrement dans le cadre de réseaux de santé mentale. Ceci permettra secondairement, par le biais des échanges, d'améliorer la qualité de la prescription des médicaments psychotropes, d'assurer un meilleur suivi des patients, une articulation des prises en charge somatique et psychiatrique.

3.2.5 Réfléchir aux transformations des professions :

Il s'agit de mieux entrevoir les changements nécessaires ou à venir afin d'adapter l'offre de soins en santé mentale. MASSE et KANNAS (31) envisagent différentes propositions pour d'une part améliorer les compétences des professionnels de santé mentale et d'autre part mieux répartir les multiples fonctions exercées au sein de la psychiatrie :

- diversifier les compétences des psychiatres par une formation aux approches psychothérapeutiques.

Ils distinguent trois volets dans les fonctions du psychiatre:

1. celui de médecin spécialiste et de responsable médical
2. celui de psychothérapeute individuel, de famille ou de groupe, comportant de nombreuses approches
3. celui d'opérateur en santé mentale, par la conception, la promotion, la direction ou la mise en œuvre d'actions de santé mentale.

Or le volet 2 n'est pas obligatoire dans le cadre de la formation médicale. L'évolution des pratiques en psychiatrie depuis quelques dizaines d'années a été marquée par une "désinstitutionnalisation" : le meilleur traitement se réalise au sein de la communauté, et à l'hôpital seulement lorsque l'ambulatoire paraît impossible. Cette psychiatrie ambulatoire est de moins en moins séparable de son contexte social. Elle marque une évolution socioculturelle de la pratique davantage orientée vers la psychothérapie et les relations,

mais aussi d'une évolution des traitements vers leur combinaison de façon systématique médico-psycho-sociale, qui donne de biens meilleurs résultats que chaque mode de traitement pris isolément. Dans ce contexte, il s'agit de rendre obligatoire ou de consolider, dès la formation initiale ou par le biais de la formation médicale continue, l'apprentissage d'au moins un modèle d'expérience psychothérapeutique ou sociothérapeutique, comme le formule le Collège national des universitaires de psychiatrie. Egalement pour le volet 3, il paraît indispensable de pouvoir proposer aux professionnels une formation adaptée à l'animation, au management, fonctionnement hospitalier, la constitution et la conduite d'une filière de soins, permettant d'animer un véritable programme de santé mentale dans la communauté, en partenariat avec des dispositifs sanitaires et non sanitaires. Il s'agit de donner les connaissances permettant de mieux appréhender l'environnement socio-économique, associatif et institutionnel dans lequel les patients évoluent, ainsi que les acteurs qu'ils sont amenés à rencontrer. Cette formation doit être reconnue et évaluable.

➤ Mieux équilibrer les professions médicales et non médicales en santé mentale :

En reconnaissant aux infirmiers et psychologues des capacités à être opérateur en santé mentale et thérapeutes, sous la responsabilité d'une autorité médicale ou personne mandatée à cet effet. Actuellement il y a une augmentation observée des demandes en santé mentale (50% en sept ans). Ceci va nécessairement accroître la partie médicalisée des tâches et donc la pression sur les temps médicaux, alors même que les demandes psychosociales vont exploser. Or il existe une pénurie médicale dans le public. Devant cette montée en charge, le temps de psychiatre va tendre à se restreindre mécaniquement au seul volet 1, celui de médecin spécialiste. En améliorant la formation des acteurs non médicaux (infirmiers et psychologues) et en reconnaissant les compétences acquises, l'on pourra suppléer au déficit de psychiatre par une ventilation différente des fonctions, fonctions qui ne s'inscrivent pas actuellement dans la diversité hospitalière des métiers. Mais cet équilibre est lié à une révision de l'organisation des soins entre les différents opérateurs dans les secteurs.

Dans tous les cas, il s'agit de décroquer, en les renouvelant radicalement, les pratiques et les métiers, sans renoncer à leur spécificité de base, tout en reconnaissant au psychiatre une place modernisée et équilibrée au sein du dispositif public de santé mentale.

Il convient en parallèle, d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine et de remonter progressivement comme le suggère le rapport CLERY (65) le numerus clausus en psychiatrie à 350 jusqu'en 2010.

➤ Donner une place particulière aux psychothérapies :

Il semble nécessaire de définir les règles de prescription des psychothérapies et d'en faire assurer la prise en charge par les organismes sociaux sous certaines conditions (65).

3.3 Chapitre 3 : du côté des institutions :

3.3.1 Promouvoir la création d'un réseau de santé mental précarité :

➤ Légitimité du réseau et financement :

L'inflation des demandes et l'irruption dans le champ social et éducatif des problématiques de santé mentale (16) conduisent les professionnels à proposer de profondes transformations dans les modalités d'intervention. La nature même des troubles de santé mentale, dans leur triple dimension biologique, psychologique et sociale, oblige les professionnels au partenariat, concrétisé dans sa forme la plus aboutie par le travail au sein d'un réseau de santé.

La circulaire du 21 mars 1995 insistait déjà sur la nécessité d'une bonne coordination des aspects sanitaires, sociaux et préventifs, la création de réseaux de santé de proximité pour élaborer une démarche de santé publique territorialisée, notamment dans le cadre de la politique de la ville. Elle affirmait la responsabilité majeure de l'Etat à assumer un rôle d'animation, de concertation au sein de ce réseau avec les différents professionnels, les institutions et représentants d'usagers, les associations, afin de coordonner, évaluer, soutenir et améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

Les différentes recommandations faites depuis par le ministère dans le cadre de l'accès aux soins de santé mentale pour les populations précaires introduisent la démarche de réseau comme une priorité. Si celle-ci est désormais bien admise, encore faut-il en poser les bases préalables et lui donner les moyens de fonctionner efficacement. La réglementation concernant le financement des réseaux de soins a été profondément modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique occupent désormais une place reconnue dans l'offre de soins et son organisation.

➤ Des acteurs multiples :

Sur Montpellier, de nombreux opérateurs intervenant dans le champ de la précarité et oeuvrant dans le domaine de la santé sont en place : les infirmiers des consultations avancées, du dispositif RMI, de l'UMIPPP, Via Voltaire, les centres de soins pour toxicomanes, la PASS du CHU, Médecin du monde, les médecins généralistes, les professionnels de santé mentale publics et privés, le centre de cure ambulatoire en alcoologie... Il serait intéressant de pouvoir fédérer l'ensemble des acteurs du domaine social et sanitaires, de structurer une méthode de travail, de rendre l'ensemble cohérent et lisible pour tous, professionnels, usagers et institutionnels. Les améliorations apportées

sur le fonctionnement des établissements CHRS et de la psychiatrie publique permettront de renforcer les composantes du réseau, qui peut alors remplir sa vocation structurante, en transformant les relations interindividuelles de ses membres en une action collective stable.

En juin 2003, l'ARH et l'URCAM se sont associées pour diffuser un cahier des charges sur le Montpelliérais dont l'objectif était la création d'un CMP intersectoriel de gestion de crise, visant à prévenir des hospitalisations psychiatriques en urgence. Cette structure a vocation à articuler le secteur psychiatrique privé et public. Elle pourrait être le pivot du dispositif de soins en psychiatrie sur le territoire de santé de l'agglomération de Montpellier. Développant des articulations concrètes avec le secteur privé, associatif, le CHU, les libéraux, les acteurs du champ social et de l'insertion, ce «CMP-Ressource Territorial » (65) constituerait ainsi le socle d'un réseau santé mentale précarité sur le territoire de santé de Montpellier.

➤ Manager le travail en réseau :

Nombreux sont les acteurs qui se targuent de travailler en réseau, mais peu le font réellement. Le véritable travail en réseau nécessite une certaine structuration, une méthodologie précise en terme de coordination, protocole de prise en charge, évaluation, circulation de l'information et charte des droits et devoirs.

Il est nécessaire de prévoir l'architecture de ce réseau de santé mentale, son animation pour organiser la concertation des acteurs, la méthodologie de suivi et d'évaluation au regard de ses objectifs. Des commissions thématiques pourraient permettre de travailler sur des protocoles de prise en charge articulée entre le secteur psychiatrique et le secteur social, sortes de référentiels communs. Il s'agirait ainsi de poursuivre le travail bien engagé afin que chaque membre du réseau affine sa connaissance de l'autre, appréhende mieux le rôle de chacun et qu'il y ait une mise en commun des pratiques. Il serait intéressant de pouvoir étendre les réunions d'étude de cas engagées fin 2002 en créant plusieurs groupes sur la ville de Montpellier. La réflexion pourrait être étayée des apports théoriques de la psychiatrie sur la maladie mentale et les prises en charge mixtes. Cette fonction de formation importante dans le cadre d'un réseau pourrait prendre d'autres formes en fonction des besoins repérés.

Il serait souhaitable qu'en parallèle des théoriciens du champ social puissent intervenir pour définir ce que peut être la posture sociale face aux situations exposées. Le savoir en matière de clinique psycho-sociale passe par un partage des difficultés techniques et inter-subjectives rencontrées. C'est ce partage qui crée la confiance et la possibilité d'un réseau vivant, ni idéalisé ni réduit aux injonctions tutélaires, qui aboutit à une extension des connaissances et des savoir-faire. Le réseau est alors conçu comme une expertise collective, efficace, et non comme une addition de points de vue ou comme un carnet

d'adresses. Selon GREMY (26), pour réaliser ces missions, il est nécessaire de constituer une instance de coordination représentative de ses membres et légitime, (qui ne peut pas être que médicale), et qui doit se doter de moyens de fonctionnement démocratique. Les partenariats doivent être formalisés par des conventions. Un système d'information propre est nécessaire afin de permettre un suivi correct de chaque patient, d'évaluer les filières de soins, l'impact sanitaire et contribuer à la démarche qualité et l'évaluation globale du réseau. La DDASS avait travaillé avec les CHRS et les soignants des consultations avancées sur un outil de recueil de données et de suivi de la prise en charge santé des personnes précaires, à partir d'un système d'information régional émanant du PRAPS. Cet outil associé à ceux de l'assurance maladie pourrait constituer une base de réflexion pour les membres du réseau. Ce réseau pourrait prendre la forme juridique d'un groupement de coopération sanitaire par exemple.

Dans le cadre de la mise en œuvre du SAHI, la DDASS peut accompagner les CHRS à développer leur politique de management (projet institutionnel, formation, gestion des flux) et de contractualisation avec le secteur sanitaire. Parallèlement chargée de l'animation de la politique de santé mentale avec l'ARH et de l'accès aux soins des plus démunis via le PRAPS et le dispositif de lutte contre les drogues, la DDASS a un rôle de premier plan à jouer dans l'animation de ce réseau, en lien avec l'ARH et les autres partenaires institutionnels comme le Conseil général ou la ville. Mais il reste à préciser la place des pouvoirs publics par rapport à ce réseau, celui-ci devant être libre de proposer son propre mode d'organisation et de fonctionnement répondant à ses objectifs. Bien que les rapports du réseau avec les pouvoirs publics soient nécessaires, il reste à en définir les modalités de régulation. Le cadre de la politique de la ville avec la mise en place des ateliers santé ville offre la possibilité de positionner le réseau dans une logique de territoire, avec implication de l'ensemble des acteurs à la réflexion commune et notamment des pouvoirs publics.

3.3.2 Bâtir des alliances préventives :

La prévention des troubles psychiques chez les exclus est difficile à penser et à organiser (68), la précarité et l'exclusion venant au terme d'une spirale d'échecs et de traumatismes individuels souvent extrêmement précoces dans la vie des personnes. Comme le souligne El GHOZI (20) , les élus de la ville doivent se mobiliser en lien avec l'Etat et les collectivités locales pour utiliser les ressources et les dispositifs disponibles afin de développer la prévention : que ce soit à travers la politique de la ville, le PRAPS, le programme départemental d'insertion, les contrats locaux de sécurité, le SAHI, les actions de prévention de la MILDT (mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies) en lien avec l'éducation nationale et les actions santé /Justice, il est

possible de formaliser un programme de prévention auprès des populations démunies et des jeunes de la cité. La difficulté réside dans la mise en cohérence et synergie de tous ces dispositifs. Il devient indispensable de réunir l'ensemble des professionnels concernés, élus et citoyens dans une instance unique, permettant d'identifier clairement les besoins, les actions mises en place, les évaluer et les ajuster pour le développement de la prévention auprès des jeunes.

Dans le cadre du programme en santé des jeunes en lien avec la Fondation de France, la DDASS de l'Hérault a mis en place un comité de pilotage réunissant différentes institutions : la Santé scolaire, la Protection judiciaire de la jeunesse, Jeunesse et sport, la préfecture avec son pôle sécurité routière et le service politique de la ville, la Médecine universitaire, le Conseil général, la Caisse primaire d'assurance maladie. A travers la maîtrise des dispositifs de santé auprès des jeunes dont ils avaient la charge, et le croisement des informations, ce comité a tenté de rationaliser et rendre cohérentes les actions de prévention mises en place auprès des adolescents. Il en est résulté une meilleure utilisation des finances publiques, et un meilleur maillage du département, grâce à une redistribution des actions sur des territoires non couverts où les besoins apparaissaient. Parallèlement, il a été réalisé un travail de lisibilité des dispositifs propres à chaque institution dont l'objet était la santé des jeunes, facilitant la circulation de l'information.

Sur Montpellier, de multiples actions de prévention ont ainsi été mises en place :

- un point écoute parents adolescents
- des actions financées dans le cadre de la lutte contre les conduites addictives au sein des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements scolaires.
- un appui technique aux professionnels du monde éducatif d'un quartier défavorisé de la ville par une équipe de professionnels de santé mentale du CHU, associée à des psychologues associatifs (Centre de soins spécialisés pour toxicomanes, association spécialisée dans la compréhension de la culture maghrébine et gitane).
- des groupes de parole pour les parents dans le cadre du soutien à la parentalité
- le dépistage précoce des problématiques de santé de jeunes enfants scolarisés et le suivi des recommandations préconisées, organisé par la santé scolaire dans un quartier à risque.
- l'animation de session de formation et de réflexion par un binôme psychologue/psychiatre d'un service de soins pour adolescents auprès des professionnels du champ social, éducatif, judiciaire, et sanitaire. L'objectif était de faciliter les échanges entre ces professionnels afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des adolescents en souffrance psychologique et participer ainsi à l'amélioration de la prévention du suicide.

-des formations d'agents des collectivités et des services de l'Etat en contact ou en charge de services auprès de la jeunesse, afin de les aider à appréhender la question de l'adolescence et des conduites à risque.

Ces actions concourent toutes à améliorer la prévention et l'orientation vers le soin des jeunes qui le nécessitent. Inscrites dans des programmes départementaux, elles pourraient bénéficier d'une meilleure lisibilité pour les élus et d'une plus grande synergie avec les actions de prévention de droit commun des institutions, au niveau du territoire de la ville. A partir des différents opérateurs mentionnés et autour de l'unité pour adolescents de la polyclinique, pourrait être formalisée une « commission prévention - santé mentale pour les adolescents » sur la ville de Montpellier par exemple. Cette commission pourrait être rattachée au réseau santé mentale-précarité en gestation.

3.3.3 Un possible atelier santé ville ?

Impulsée par la Délégation interministérielle à la ville, l'atelier santé ville est une instance qui permet de cerner et d'approfondir les connaissances des actions développées sur son territoire. Après un diagnostic précis, il permet de les adapter et les ajuster plus finement aux problématiques repérées. Il se veut un lieu de débat, d'expertise, d'évaluation, de reconnaissance des acteurs et des compétences de chacun et de décloisonnement des pratiques. La participation des élus à cette instance lui confère sa légitimité et un certain pouvoir décisionnel, garant d'efficacité. Déclinaison sur le territoire ville des orientations du PRAPS, il donne sens et cohérence à toutes les actions en les inscrivant dans une politique globale d'accès à la prévention et aux soins, en particulier des personnes précaires.

Dans le cadre de la politique de la ville sur Montpellier, il existe un volet santé au contrat de ville (agglomération) formalisé par une convention thématique. Celle-ci a inscrit le fonctionnement d'un atelier santé ville comme dispositif de coordination et de réflexion des actions santé, ciblant prioritairement les jeunes et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Bien que resté à l'état d'ébauche pour le moment, l'atelier santé ville pourrait permettre, une fois la volonté des politiques clairement affichée, de développer une démarche de santé publique sur Montpellier intégrant une logique globale d'accès aux soins des populations démunies, et la mise en oeuvre d'une politique décloisonnante. Le volet santé du contrat de ville doit bien évidemment permettre d'asseoir juridiquement les engagements financiers des différentes parties prenantes à la politique de santé, dont la santé mentale sur le territoire concerné.

Le rattachement au fonctionnement de l'atelier santé ville, du réseau santé mentale-précarité et de sa commission prévention jeunes, assurerait une transversalité à la fois

institutionnelle, politique, et associative, avec l'instauration d'un véritable débat démocratique sanitaire. Le contrat pluriannuel local de développement dont il est fait question dans le rapport CLERY serait a

3.3.4 Un choix politique : une société plus solidaire

➤ Plus de logements sociaux:

Il existe un manque patent de logements sociaux dans la plupart des grands sites urbains. Montpellier ne fait pas exception à la règle. L'inflation du marché immobilier ces dernières années plus particulièrement depuis la création du tramway a encore accentué la problématique du logement pour les populations en situation de précarité. Il y a un manque effectif de solutions de sortie pour les personnes en CHRS. Or 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. Il est donc nécessaire de développer une offre adaptée par captation du parc privé et action sur la part de logements HLM public. En parallèle, le SAHI préconise de faciliter l'accès aux logements par une mutualisation des expériences et une meilleure coordination des actions dans le cadre du plan départemental d'accès aux logements des démunis.

➤ Favoriser l'accès à l'emploi :

Nous vivons dans une société où règne le mythe de la réussite, de la performance, de l'efficacité. Le milieu professionnel est moins souple et les personnes précaires n'y trouvent plus de place. Même les dispositifs comme les centres d'aide par le travail (CAT) pour les personnes handicapées dérivent de leur mission et ont une exigence de productivité plus importante qu'avant. Selon un responsable de structure médico-sociale, les personnes qui auparavant réussissaient à s'insérer professionnellement dans le milieu ordinaire, vont aujourd'hui en CAT et s'y sentent bien.

Pour les personnes difficilement employables, les CAVA représentent un outil permettant une remobilisation du résident en CHRS, participent à l'émergence de savoir faire et se situent bien en amont d'une insertion professionnelle. Il est donc important de trouver des financements permettant de développer ces structures à la hauteur des besoins, et de faire la connexion entre les CAVA et les autres mesures pour l'emploi de droit commun ainsi que le secteur de l'économie solidaire. L'articulation avec le programme local d'insertion par l'économie et le PDI est à consolider.

➤ Création de lien social :

On observe une évolution sociétale avec montée de l'individualisme, perte des réseaux de soutien familiaux, de quartier....La société n'absorbe plus les différences. Il y a satellisation des personnes qui ne réussissent pas. L'exclusion des plus fragiles devient la règle. Selon Maisondieu (8), l'exclusion est un déni de fraternité, un déni du lien entre des êtres humains considérés comme membres de la même famille humaine et conscients de ce lien.

Actuellement il est constaté une décompensation de pathologie névrotique aigüe et le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes de 40 ans, non moins conséquente chez les personnes âgées et les adolescents. La part de la solitude, de rupture du lien social, affectif, familial n'est probablement pas étrangère à cette décompensation.

Pour favoriser la capacité des personnes à s'inscrire dans le tissu social de voisinage, il semble prioritaire d'impulser, au sein des CHRS, les initiatives tendant à l'expression des résidents. Il s'agit en premier lieu de donner sa place au développement de la citoyenneté dans les projets d'établissement, permettre l'accès à la culture, aux loisirs, aux activités physiques. Dans le cadre du volet insertion sociale du PDI de l'Hérault, une fiche action cible plus particulièrement les publics très défavorisés dont les résidents des CHRS, les grands marginaux, les jeunes en voie de marginalisation. Il est question de promouvoir et d'expérimenter les différents types d'actions individuelles et collectives d'insertion sociale susceptibles de lutter contre l'exclusion de ces publics spécifiques. Les moyens dédiés à la réalisation de cet objectif passent par le support de lieux ressources, l'utilisation du « modèle » ASI (appui social individualisé) pour définir le cadre, les modalités et l'évaluation des types d'accompagnement proposés. La mise en œuvre de cette action est à suivre ainsi que la mise en lien avec la politique de la ville.

CONCLUSION

Les dernières décennies ont vu évoluer la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux dans notre société. L'enfermement d'hier a laissé la place aux soins ambulatoires d'aujourd'hui. La montée de l'exclusion, l'explosion de la demande font voler en éclats les limites du champ de compétences de la psychiatrie: comment reconstruire du lien quand le tissu social se désagrège? Les Etats Généraux de la Psychiatrie qui se sont tenus à Montpellier en juin ont bien démontré les difficultés auxquelles est confrontée cette discipline.

La souffrance psychique des personnes démunies se situe au carrefour des interventions des professionnels du social et de la psychiatrie. Face à cette nouvelle clinique, il faut inventer de nouvelles pratiques, développer les coopérations, articuler les accompagnements pluridisciplinaires. Agir sur le soin et tenter la prévention. Ceci doit être accompagné par des moyens budgétaires adaptés. La réduction des inégalités sociales et de santé passe par une redéfinition de nos valeurs démocratiques, par la mise en place d'une véritable politique de prévention de santé publique au sein des différents ministères. Au moment où j'achève ce travail, le Professeur Parquet rend un rapport à Dominique Versini, secrétaire d'Etat à la Lutte contre la précarité et l'exclusion, pour mieux prendre en charge la souffrance psychique des exclus. Il ouvre des pistes intéressantes de réflexion: équipe mobile départementale, lits de repos à orientation psychosociale, réseau. Elles devront pouvoir être utilement intégrées au niveau du tissu local montpelliérain qui dispose d'un éventail de réponses conséquentes, mais qui demandent à être mieux structurées et articulées. Pour cela, il me semble nécessaire que soient rassemblés une volonté politique claire, une transversalité institutionnelle réelle et un décloisonnement des pratiques au niveau des professionnels du secteur social et de la santé, témoignant d'une capacité à dépasser des intérêts personnels au profit d'un objectif commun : alléger la souffrance des personnes démunies. Selon les mots du Pr Parquet, il en va de l'idée que l'on se fait de l'homme et de la société.

Bibliographie

OUVRAGE

- (1) CASTEL R. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Fayard, 1995. 410 p.
- (2) CYRULNIK B. *Les nourritures affectives* . Paris : Odile jacob, 1993. 244 p.
- (3) DECLERCK P. *Les naufragés: avec les clochards de Paris*. Paris: Plon, 2001.455 p.
- (4) DHUME F. *R.M.I. et psychiatrie : deux continents à la dérive ?* Paris : L'Harmattan, 1997. 271p.
- (5) FOUCAULD J-B., PIVETEAU D. *Une société en quête de sens*. Paris : Odile Jacob, 2000. 302 p.
- (6) JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Travail social et psychiatrie. Paris : Dunod , Coll. Action sociale, 2000. 172 p.
- (7) LARCHER P., POLOMENI P. *La santé en réseaux*. Paris : Masson, 2001.p 187
- (8) MAISONDIEU J. *La fabrique des exclus*. Paris : Bayard, 1997. 259 p.
- (9) QUART MONDE PARTENAIRE. *Le croisement des pratiques*. Paris : Quart Monde, 2002. 227 p.

ARTICLES ET REVUES

- (10) ALBERT-SCHILLE C., BEUCART A., CICIARELLI S. et all. « InfirmierEs psychiatriques dans le dispositif R.M.I. : la rencontre du sanitaire et du social ». *La revue de la Société française de santé publique*, Septembre 2002, Vol : 14, n°3, pp. 317-322.

- (11) ANTOINE J-M. « Précarité, psychiatrie, lien social : accueil, hébergement, souffrance psychique ». *Pluriels : la Lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, Mars 2002, n°30, pp. 1-3.
- (12) BANTMAN P. « La notion de réseau est-elle applicable en psychiatrie de secteur ? ». *Le Journal de Nervure*, 1997, Vol :7, pp. 4-5.
- (13) BAUDURET J-F. « La psychiatrie, une discipline au carrefour du sanitaire et du social ». *Gestions Hospitalières- La santé mentale*, Novembre 1997, n°370, pp. 737-742.
- (14) BOURGEOIS M-L. « Regard sur la psychiatrie présente et future ». *Gestions Hospitalières- La santé mentale*, Novembre 1997, n°370, pp. 761-762.
- (15) BOTBOL M. « Santé mentale et grande exclusion ». *Psychiatrie française*, 1998, n°2, pp. 3-31.
- (16) CUVILLIER N. « Sectorisation psychiatrique et santé mentale : vers une nouvelle dynamique partenariale ». *La santé de l'homme*, Mai- Juin 2002, n°359, p. 5.
- (17) DARCOURT G. « Précarité et psychopathologie : une proposition d'action ». *Pratiques en santé mentale*, Février 2000, n°1, pp. 13-18.
- (18) DARVAL A. « Quand les psychiatres vont à la rencontre des exclus ». *Le journal de l'action sociale*, Janvier 2002, pp. 12-13.
- (19) DURAND B. « Précarité et troubles psychiques, quelle politique ? ». *Pratiques en santé mentale*,
- (20) EL GHOZI L. « La demande des politiques aux psychiatres ». *La santé de l'homme*, Mai- Juin 2002, n°359, pp. 32-34.
- (21) EMMANUELLI X. « Médecins face à la précarité et à l'exclusion sociale ». *Laennec*, Octobre 2001, n°49, pp. 2-5.
- (22) FURTOS J. « Souffrance psychique et souffrance sociale ». *La santé de l'homme*, Mai- Juin 2002, n°359, pp. 51-53.
- (23) FURTOS J. « Epistémologie de la clinique psychosociale ». *Pratiques en santé mentale*, 2000n°1, pp. 23-32.
- (24) GAILLIARD F. « Un soutien pour les équipes dans l'impasse ». *Actualités sociales hebdomadaires*, Juillet 1999, n°2127, pp. 21-22.
- (25) GAILLIARD F. « Inventer de nouvelles formes d'accompagnements ». *Actualités sociales hebdomadaires*, Octobre 2000, n°2184, pp. 19-20.
- (26) GREMY F. « Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés ». *Actualité et dossier en santé publique*, Septembre 1998, n°24, pp.26-29.

- (27) HARDY- BAYLE M-C. « Les partenariats professionnels : activité libérale et le secteur de psychiatrie ». *La santé de l'homme*, Mai- Juin 2002, n°359, pp. 35-38.
- (28) HELFTER C. « Apprendre à travailler ensemble ». *Actualités sociales hebdomadaires*, Mai 1999, n° 2118, pp. 23-24.
- (29) JAEGER M. « Du soin à la réinsertion ». *La santé de l'homme*, Mai- Juin 2002, n°359, pp.41-42.
- (30) JOUBERT M. « Une approche sociologique de la santé mentale ». *La santé de l'homme*, Mai- Juin 2002, n°359, pp. 6-9.
- (31) KANAS S., MASSE. « Evolution des compétences des professionnels de la santé mentale ». *La santé de l'homme*, Mai- Juin 2002, n°359, pp. 23-26.
- (32) KOVESS V., MANGIN- LAZARUS C. « La santé mentale des sans abris à Paris: résultats d'une enquête épidémiologique ». *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 1997, n°9, pp. 17-24.
- (33) LAVAL C., FURTOS J. « Une psychopathologie de la disparition dans le contexte de la précarité de l'exclusion ». *Gestions Hospitalières*, Novembre 1997, n°370, pp. 743-749.
- (34) LAZARUS A. « Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique ». *Pratiques en santé mentale*, Février 2000, n°1, pp. 5-11.
- (35) L?TUV? A. « Psychiatrie et santé mentale : éléments de réflexion sur les enjeux actuels. Remarques sur le rapport Piel et Røelandt et sur les travaux en cours ». *Psychologues @ Psychologies*, Septembre-Octobre 2001, n°161, pp. 33-41.
- (36) LIBER A., LEVY M. « La souffrance psychique... et d'eux que pouvons-nous apprendre ? ». *La revue de la Société française de Santé publique*, 2002, Vol :14, n°3, pp. 311-316.
- (37) MAISONDIEU J., ROUF K. « La dépression est une maladie, pas l'exclusion ! ». *Lien social*, 2002, n°615, pp. 4-9.
- (38) MASSE G. « la psychiatrie à la frontière du sanitaire et du médico-social ». *La revue IASS*, Septembre 1999, n°26, pp. 47-54.
- (39) MASS? G. « La psychiatrie de l'exclusion ». *Nervure*, 1998, Vol : XI, pp. 36-39.
- (40) MECA P. « Se laisser rejoindre par l'autre ». *Pratiques en santé mentale*, 2000, n°1, pp. 37-40.
- (41) MERCUEL A., LETOUT B. « Précarité et troubles psychiques ». *Nervure- Journal de psychiatrie*, 1997, Vol :10, n°7, suppl., pp. 4-15.

- (42) MORDELET P., LAZARUS A., MASS? G. et all. « Comment articuler le sanitaire et le médico-social : une mutation culturelle ». *Pluriels : la Lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, Octobre 1999, n°19, pp. 1-2.
- (43) PIDOLLE A. « Evolution des rapports entre usagers et professionnels ». *La santé de l'homme*, mai- Juin 2002, n°359, pp. 21-22.
- (44) ROUSSET C. « L'articulation du sanitaire et du médico-social en psychiatrie : pourquoi et comment ? ». *La revue IASS*, Septembre 1999, n°26, pp. 55-58.
- (45) SARAZIN I. « Le mal-être des personnes en situation d'exclusion ». *Actualités sociales hebdomadaires*, Mai 1995, n°1926, pp. 13-14.
- (46) SARAZIN I. « Les alternatives à l'hospitalisation : du sur mesure ». *Actualités sociales hebdomadaires*, Février 1996, n°1960, pp. 27-28.
- (47) SARAZIN I. « La D.D.A.S.S. du Val d'Oise s'engage ». *Actualités sociales hebdomadaires*, Avril 1997, n°2017, pp. 23-24.
- (48) SARAZIN I. « Réintroduire la parole dans l'acte professionnel ». *Actualités sociales hebdomadaires*, Juillet 2000, n°2174, pp. 17-18.
- (49) TARDIF M., SIMONNET J., ARVEILLER J-P et all. « Quand l'exclusion défie le secteur ». *L'évolution psychiatrique- Solitudes*, Octobre-Décembre 2000, Vol : 65, n°4, pp.705-718.
- (50) VIGNAT J-P. « La santé mentale en France : état des lieux ». *Santé publique*, 1999, n°2, pp. 27-36.

MEMOIRES

- (51) BOUHAFS R. *La prise en charge médico-sociale des personnes en souffrance avec l'alcool au sein des centres d'hébergement de Paris*. Mémoire d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. Ecole Nationale de Santé Publique : Rennes, 2002. 63 p.
- (52) BRUN N. *Participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psycho-sociale chez les populations adultes en situation de précarité*. Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique. Ecole Nationale de Santé Publique : Rennes, 2001. 66 p.

- (53) GARREC A. L'intérêt des interfaces entre la psychiatrie et le secteur médico-social pour les 12-25 dans le département de Seine et Marne. Mémoire d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. Ecole Nationale de Santé Publique : Rennes, 2002. 67p.

RAPPORTS ET PLANS

- (54) Conseil économique et social: *rapport du père WRESINSKI : Grande pauvreté et précarité économique*. Journal officiel de la République française. Février 1987
- (55) De la psychiatrie vers la santé mentale. *Rapport de Mission des Dr PIEL et ROELLANDT*. Juillet 2001.
- (56) Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. *Rapport du groupe de travail relatif aux « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »*. Mars 2002, 41 p.
- (57) Délégation Interministérielle à la Ville et au Développement Social Urbain, Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail STROHL - LAZARUS« ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »*. Paris : DIV, DIRMI, Février 1995, 59 p.
- (58) Direction Générale de la santé. *Actions conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins dans le champ de la santé mentale*. Février 2003.
- (59) Haut Comité de la santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes, ENSP éditeur, 1998
- (60) Institut National de la santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M). *Rapport sur précarisation, risque et santé*. Paris : INSERM, 2001, 474 p.
- (61) La politique de santé mentale. *Rapport du Professeur MASSE*, Juin 1992.
- (62) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Plan santé mentale : l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover*. Paris : MSSPS, 2001, 56 p.
- (63) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la santé. *Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain. Repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat*. Paris : Décembre 1997, 300 p.

- (64) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion*. Novembre 2001.
- (65) Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape de la mission CLERY-MELIN*. Septembre 2003.
- (66) Observatoire Régional Rhône Alpes sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (O.R.S.P.E.R.E). Rhizome : bulletin national santé mentale et précarité. *Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin*. ORSPERE, Septembre 2000, n°2.
- (67) Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : O.M.S, 2001, 1 Vol., 182 p.
- (68) Secrétariat d'Etat à l'Action Humanitaire d'Urgence. *Rapport du groupe de travail psychiatrie et grande exclusion*. Juin 1996, 39 p.

FORUMS

- (69) Caisse Régionale d'Assurance Maladie. Sixième forum Santé Demain. « *Accessibilité aux soins et action sociale* ». Montpellier, 21 Juin 2001.
- (70) Journée Mondiale de la Santé : Santé mentale. « *Allocution de Monsieur Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé* ». Paris, 5 avril 2001.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- (71) REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. – Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. *Journal Officiel de la République Française*, 31 Juillet 1998, 11679-11726.
- (72) Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

- (73) Circulaire DGS/DHOS n°90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- (74) Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
- (75) Circulaire DGS/sp2 n°99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS
- (76) Circulaire DGS/DGAS/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.
- (77) Circulaire DGS/ 6C/DHOS/02/DGAS/DIV n°393-2001 du 2 août 2001 d'orientation aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

DOCUMENTATION LOCALE

- (78) Agence Régionale d'Hospitalisation Languedoc Roussillon. *Psychiatrie, années 2000 : note à C. LAZERGES, député de l'hérault*. 37 p.
- (79) Agence Régionale d'Hospitalisation Languedoc Roussillon. *Schéma d'organisation des soins en santé mentale, 2001-2006*. Novembre 2001, 82 p.
- (80) Conseil général et Préfecture de l'Hérault. *Programme départemental d'insertion 1999-2002*. Juin 2002
- (81) C.R.A.P.S. et Secteur psychiatrique Montpellier ville II. *Septième journées Vidéo-psy : action sociale et psychiatrie : territoires d'intervention*. 28, 29 et 30 Mars 1995.
- (82) C.R.E.S Languedoc Roussillon. *Repérage d'actions collectives visant à favoriser un mieux être psychologique des personnes en situation sociale précaire*. Montpellier.
- (83) Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'hérault. *Schéma départemental de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion 2001-2005*. Septembre 2001.
- (84) Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales en Languedoc Roussillon. *Programme régional d'accès aux soins des plus démunis et étude sur les soins psychiatriques en CHRS*. 1999.

- (85) LEPERS C. *Autoriser, gérer, évaluer la prise de risque dans un C.H.R.S. : un choix institutionnel pour accompagner vers l'autonomie*. Mémoire de CAFDES. Ecole Nationale de Santé Publique : Rennes, 2001. 82 p.
- (86) Observatoire de la Précarité, de l'Insertion et de l'Intégration de Languedoc Roussillon (O.P.I.I.). *L'invisible dégradation de la santé des populations en précarisation*. Montpellier : O.P.I. I., 1997, 126 p.
- (87) PENOCHET J-C. « La psychiatrie set en crise face aux nouvelles pathologies ». *Le Midi Libre*, 10 Novembre 2002.
- (88) RIBSTEIN M. *Revisiter le secteur*. Castelnau le lez. Mars 1995.

SITES INTERNET

- (89) Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- (90) ORSPERE : <http://www.ch-le-vinatier.fr/ORSPERE/>
- (91) Etats généraux de la psychiatrie <http://www.eg-sychiatrie.com/argument.html>

Liste des annexes

Liste des personnes rencontrées

Mr Barral	Directeur de l'hôpital la Colombière, et des services de psychiatrie
Mr Beuf	Chargé de mission santé mentale, ARH Languedoc Roussillon
Mme Bonnard	Inspectrice principale, pôle social –DRASS Languedoc Roussillon
Mme Carette	Directrice de Via Voltaire
Mme Carrière	Infirmière de l'UMIPPP
Mr Dumas	Directeur du CHRS Henri Wallon
Mr Leperse	Directeur du CHRS l'Oustal
Mr Mallet	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, pôle social-DDASS 34
Mr Montalti	Médecin psychiatre CHU et responsable de l'UMIPPP
Mr Pénochet	Médecin psychiatre CHU ; président de la CME psychiatrique
Mr Pierson	Directeur du CHRS Regain
Mr Watteau	Délégué régional de la FNARS
Melle X	résidente du CHRS Regain