



Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

PROMOTION 1999 - 2001

Date du Jury : 26, 27, 28 Février 2001

**L'ERRANCE GAGNE LA SOCIÉTÉ MARTINICAISE :
QUELLES RÉPONSES SANITAIRES ET SOCIALES AU
REGARD
DE LA NOUVEAUTÉ DU PHÉNOMÈNE ?**

Valérie MARIE- LUCE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.3
METHODOLOGIE	p.8
 <u>I. DIAGNOSTIC DU PHENOMENE</u>	 p.11
- Qu'est-ce que l'errance ?	p.12
- Présentation du Département de la Martinique et du contexte économique et social	p.13
<u>I.1 Caractéristiques de la marginalisation dans l'île</u>	p.15
I.1.1 Un phénomène nouveau	p.15
I.1.2 Le profil des errants	p.15
<u>I.2 Quelles sont les causes de l'errance en Martinique ?</u>	p.17
I.2.1 La toxicomanie	p.19
- Qu' est-ce que le crack ?	p.19
- Comment arrive t-il en Martinique ?	p.21
I.2.2 La mésentente familiale	p.21
I.2.3 Les troubles mentaux	p.21
 <u>II. ANALYSE DES REPONSES ACTUELLES ET PROPOSITIONS / des perspectives d'insertion difficiles et qui ne seront pas améliorées sans une réflexion multi-partenariale</u>	 p.24
<u>II.1 Analyse des réponses actuelles</u>	p.25
II.1.1 <u>L'insertion sociale</u> : Des pratiques intéressantes au sein du tissu associatif mais un manque de partenariat	p.25
II.1.1.1 <u>Le tissu associatif : Un savoir faire existant</u>	p.25
- Une amorce de travail en réseau	p.25
- L'information auprès du grand public	p.26
II.1.1.2 <u>L'AAD et l' APEX, des modes de fonctionnement cloisonnés</u>	p.27
- L'insertion sociale des rmistes	p.27
- L'équipe de rue	p.28
- La mise en place d'un CHRS à vocation généraliste	p.28
II.1.1.2 <u>Une politique institutionnelle cohérente mais encore réticente</u>	p.29
- Le Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion	p.29
- Les contrats de ville de Fort de France et du Lamentin	p.34

<u>II.1.2 L'insertion professionnelle : Un cheminement complexe pour les sortants de prison et les toxicomanes</u>	p.35
II.1.2.1 L'insertion professionnelle des sortants de prison	
II.1.2.2 L'insertion des toxicomanes : une démarche rendue inopérante sans l'implication de la famille	p.37
<u>II.1.3 L'insertion par la santé : une démarche rendue difficile par le déficit Quantitatif et qualitatif d'offres de soins adaptées</u>	p.38
II.1.3.1 La réorganisation du secteur psychiatrique : La fin du système asilaire, mais des solutions alternatives qui tardent à voir le jour	p.38
II.1.3.2 Le dysfonctionnement de la PASS de Fort de France	p.39
II.1.3.3 L'absence de structures d'hébergement thérapeutique pour Toxicomanes	p.40
II.1.3.4 Rendre les structures de soins de droit commun accessibles aux bénéficiaires de la CMU	p.41
<u>II.2 PROPOSITIONS</u>	p.42
II.2.1 Progresser vers une mutualisation des compétences et des savoirs-faire	p.42
II.2.1.1 Partager les pratiques professionnelles	p.42
- Dans le département	p.42
- Dans la Zone Caraïbe	p.43
II.2.1.2 Créer des instances de dialogue	p.45
II.2.1.3 Améliorer les conditions de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion des personnes marginalisées	p.45
- L'Accueil	p.45
- L'Hébergement et l'Insertion	p.46
II.2.2 Mettre en place une veille sociale	p.48
CONCLUSION	p.49
ANNEXES	P.50
BIBLIOGRAPHIE	P.59

INTRODUCTION

“ Les riches ont tiré sur les pauvres un rideau sur lequel ils ont peint des monstres”, écrivait en 1889 Charles BOOTH, sociologue anglais (1840-1916).

Aujourd’hui encore, nous stigmatisons les personnes vivant dans une extrême pauvreté. En effet, qui n’a jamais entendu dire que ces personnes sont responsables de la situation dans laquelle elle se trouvent ou alors qu’elles ne font rien pour en sortir ?

Par ailleurs, on assiste à une méconnaissance de la notion même de pauvreté. Elle est en effet souvent définie en premier lieu par une absence de revenu monétaire alors qu’elle mérite d’être appréhendée dans toute sa globalité, le revenu monétaire ne constituant pas toute la richesse de la vie humaine. Son absence ne peut suffire à décrire les phénomènes de misère et d’exclusion, qui dépassent largement l’aspect économique.

C’est à ce titre que la définition de la pauvreté retenue par le Programme des Nations Unies pour le développement mérite d’être soulignée car elle prend en compte la pauvreté humaine dans une dimension plus large (1) : “ la négation des opportunités et des possibilités de choix les plus essentielles, longévité, santé, créativité, mais aussi conditions de vie décentes, dignité, respect de soi même et des autres, accès à tout ce qui donne sa valeur à la vie “.

Toutefois, malgré l’incompréhension du phénomène de pauvreté au sein de l’opinion publique, on assiste quand même depuis une quinzaine d’années, en France métropolitaine, à des réactions vives face à la présence dans l’espace public de personnes considérées comme SRS (sans résidence stable), notamment en hiver, où les déclarations indignées en leur faveur se multiplient.

(1) DAMIEN, AUDOLLENT, FAYARD, Combattre l’exclusion, édition les essentiels MILAN
Septembre 1999, 63p.

Ce caractère actuellement saillant que constitue la question SRS en France métropolitaine ne doit pas pour autant masquer son ancrage historique, (nous verrons plus loin qu'il en est différemment en Martinique). En effet, du Moyen-âge à l'époque du RMI, en passant par la révolution française, les phénomènes de grande pauvreté et d'errance ont toujours existé et quatre éléments apparaissent comme récurrents dans les programmes de prise en charge des plus démunis et des errants :

“ - On a assidûment cherché, sans relâche mais sans grand succès, à nommer et dénombrer les errants et les pauvres,
- on a constamment cherché à séparer le “bon” pauvre du “mauvais”, le mendiant “digne” et le mendiant “indigne”. Ces distinctions composent une règle fluctuante de clivage entre ceux qui relèvent des secours et les autres, entre ceux qui sont jugés réinsérables et les autres,
- invariablement les politiques publiques ont hésité entre la sévérité et la clémence, des acteurs très divers (police, œuvres privées ou publiques) se sont impliqués dans la prise en charge des plus démunis, avec en toile de fond l'enjeu de leur coordination”.

A la Libération, un nouvel environnement juridique s'est affirmé. Le vagabond passe du droit pénal au droit social, il ne doit plus être réprimé mais protégé. Vagabondage et mendicité restent des délits mais l'évolution de la législation privilégie les mesures d'aide et de reclassement. A partir des années cinquante, l'autorité judiciaire, en liaison avec l'administration sanitaire et sociale, favorise l'accès des vagabonds à l'aide sociale, plutôt que l'application de peines. Depuis le début des années 1970, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) se sont largement ouverts aux sans abri. Durant les années de croissance, les sans logis n'ont que très rarement été à l'ordre du jour médiatique et politique. Avec la crise et le chômage, les indigents ont repris place dans les débats publics.

Les poursuites pour vagabondage et mendicité ont néanmoins persisté jusque dans les années 1990, mais avec une nette décroissance jusqu'à leur disparition définitive du nouveau code pénal entré en application le 1^{er} Mars 1994. Parallèlement, l'implication de la collectivité publique a nettement augmenté pour accueillir, héberger et aider les errants.

(2) Les sans domicile fixe, regards sur l'actualité, mensuel n°250, Avril 1999, p.43.

A partir de 1997, la politique de prise en charge des errants va s'affiner, dans la mesure où un projet de loi d'orientation relatif au renforcement de la cohésion sociale, adopté en Conseil des Ministres au mois de Février va affirmer fermement la volonté politique de mettre en chantier une loi soulignant la nécessité d'une action coordonnée des différents acteurs. Au Printemps 1998, un plan triennal de lutte contre les exclusions est annoncé, dont la loi adoptée le 29 Juillet de la même année constitue l'un des volets.

L'objectif principal de cette loi n° 98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation, relative à la lutte contre les exclusions, consiste à peser simultanément sur tous les leviers de la lutte contre les exclusions. En effet, elle aborde la problématique de la précarité dans son ensemble, en touchant le droit au travail et de la sécurité sociale, le droit au logement et le droit fiscal, la lutte contre les expulsions et la ségrégation sociale par l'habitat, la lutte contre l'illettrisme, l'accès à la culture, la réforme du secteur de l'insertion par l'économie et la formation des travailleurs sociaux.

En fait, c'est précisément le caractère globalisant de cette loi qui a constitué une première motivation pour appréhender le phénomène de très grande précarité que constitue l'errance en tant que sujet de mémoire. Nous avons en effet souhaité explorer en quoi la mise en œuvre d'une réflexion transversale pouvait changer les conditions de vie des exclus. Par ailleurs, la détermination de ce choix a été alimenté par une situation d'étonnement provenant de l'aspect particulier de la problématique que constitue l'errance au sein de la société martiniquaise dont les caractéristiques sont exposées ci-après.

Originaire des Antilles, j'ai choisi la DDASS de Martinique en tant que terrain de stage afin de retrouver la culture antillaise de mes parents sous un angle différent du contexte estivalier et ceci grâce à une immersion au sein des problématiques sanitaires et sociales de l'île. Cette DDASS m'a accueillie pour le stage « population » de deux mois en Janvier et Février 2000, au cours duquel j'ai examiné les filières de prise en charge du public en situation de précarité. J'y ai ensuite effectué un stage d'exercice professionnel de quatre mois, de septembre à décembre 2000.

Cette année, à mon retour en Martinique, l'étonnement que je recherchais pour choisir mon sujet d'étude a été immédiat. J'ai, en effet, été choquée par une nouvelle forme de misère qui n'existait pas cinq ans auparavant, celle affectant « des hommes et des femmes marqués par les stigmates corporels, vestimentaires, comportementaux de la misère, de la maladie et de la solitude »(3). J'ai été confrontée au même sentiment lorsque j'ai cotoyé pendant une semaine, à l'occasion du stage « population », le public sans résidence stable de l'association martiniquaise de prévention contre l'exclusion sociale (APEX). Je ne comprenais pas cette mutation qui touche actuellement la société martiniquaise, la solidarité familiale dont mes parents m'avaient tant parlé en Métropole, n'existait-plus. Comment un trait culturel aussi fort avait-il pu disparaître ?

J'ai rapidement pris conscience que mon sentiment personnel était partagé mais largement dépassé par l'ampleur du pessimisme ambiant.

Les conclusions d'une étude sur les errants de Fort de France en 1999, menée par Marie-Jeanne HARDY- DESSOURCES, éducatrice de rue illustre le point de vue des usagers de la ville. Il peut paraître excessif, mais il souligne les sentiments d'angoisse et d'impuissance partagés notamment par les foyais : « Tous déplorent la mendicité qui se développe de façon extensive dans le centre ville...le pessimisme est majoritaire... nombreux sont ceux qui réclament des solutions autoritaires. Certains évoquent même la nécessité de s'armer. Nous vivons une situation grosse de danger qu'on peut, à bon droit considérer comme alarmante. La violence... est en évidente augmentation. »(4)

C'est à partir de ce premier constat que j'ai choisi de m'intéresser au phénomène de l'errance en Martinique.

Par ailleurs, ce sont les caractéristiques même du phénomène dans l'île qui m'ont incitée à vouloir approfondir ce sujet. En effet, il semble que ce soit davantage une désorganisation sociale et mentale qui soit à l'origine du phénomène de l'errance contrairement à la Métropole où l'incidence des difficultés économiques prévaut .

En fait, la crise économique qui a engendré un chômage structurel de masse, a plongé dans la détresse la frange la plus vulnérable de la population désœuvrée. C'est cette catégorie de personnes qui constitue, en France métropolitaine, la grosse majorité de la population en situation d'errance.

(3) OZIER LAFONTAINE LF, le phénomène de l'errance en Martinique, Mai 1999, p.1.

(4) HARDY- DESSOURCES M.J, Etude sur les errants de Fort de France, 1999, p.2.

Enfin, l'intérêt de ce sujet réside dans le fait que l'exploration des réponses à apporter en terme d'offre d'hébergement est un sujet presque vierge localement. Il n'existe aucune structure d'hébergement dans le département de type CHRS. Il s'agit d'une autre raison qui m'a conduit à choisir ce sujet de mémoire. En effet, comment une démarche d'insertion peut-elle être entamée pour ces personnes si on ne leur offre pas au minimum un toit ? Cela ne constituera pas une fin en soi mais un préalable obligatoire pour entamer un parcours de réinsertion.

Néanmoins, depuis mon dernier stage en Martinique en Janvier et Février 2000, les réflexions autour de la mise en place d'un CHRS ont évolué. Aujourd'hui, un CHRS de 16 places pour l'Union des femmes de la Martinique fonctionne. Par ailleurs, l'ouverture d'un second CHRS, à vocation plus généraliste, est à l'ordre du jour.

L'ensemble de mes motivations ont trouvé un écho à la DDASS, puisque le thème de l'errance est un thème prioritaire au sein de la réflexion engagée au sujet du plan triennal. Une étude a d'ailleurs été commandée auprès d'un consultant extérieur, socio-anthropologue, Louis- Félix OZIER- LAFONTAINE, afin de constituer un éclairage sur la problématique de l'errance. Il s'agit d'un des rares écrits disponibles en Martinique sur ce sujet. Ce mémoire apportera, par conséquent, une source d'information complémentaire et utile.

C'est donc à partir des caractéristiques martiniquaises du phénomène de l'errance, comme nous venons de l'examiner, que l'étude de ce sujet prend tout son sens, mais aussi parce que sa prise en compte au sein des priorités de la DDASS est effective. Aussi, nous souhaitons « **comprendre les déterminants du phénomène de l'errance en Martinique et analyser les réponses apportées localement et sur le plan institutionnel, pour répondre à ce problème** ».

La première partie de ce travail sera donc consacrée au **diagnostic du phénomène**.

C'est à ce stade de l'étude que seront notamment analysées les causes de l'errance à partir du point de vue des professionnels, mais surtout de l'expérience du monde associatif auquel nous avons accordé un intérêt particulier, car son positionnement quotidien auprès des errants enrichit l'approche du phénomène.

En seconde partie, nous analyserons **les réponses actuelles, à la fois institutionnelles et associatives, puis nous préconiserons plusieurs propositions** visant à apporter des réponses au problème de la marginalisation dans le département.

METHODOLOGIE

En Martinique, la tradition de communication de l'information s'inscrit plutôt dans une culture de l'oral ; j'ai donc choisi de rencontrer tous les partenaires afin d'atteindre plus d'exhaustivité concernant le contenu des réponses. Le questionnaire figurant ci-après détaille les questions d'ordre général qui ont été posées à tous les interlocuteurs que j'ai pu rencontrer.

QUESTIONNAIRE

Objectif n°1 : Identifier les caractéristiques de l'errance en Martinique et connaître le profil du public sans résidence stable.

- 1) Comment définissez-vous l'errance ?
- 2) Quelles raisons attribuez-vous au phénomène de l'errance ? De quand date t-il selon vous ?
- 3) Depuis quand recevez-vous des errants ?
- 4) Quelle est la proportion des errants que vous accueillez ?
- 5) Comment se caractérise à votre avis la souffrance d'une personne en errance ? Quels sont ses manques prédominants ? Quel type d'aide faut-il lui offrir en premier lieu ?
- 6) Quels sont les verrous qui lient une personne dans sa situation d'errant et qui pourraient vous empêcher de l'aider ?

Objectif n°2 : Connaître les dispositifs, évaluer leur efficience

- 1) Quel type d'orientation proposez-vous au public errant ? Quels sont les obstacles que vous rencontrez ? Quels dispositifs semblent lacunaires à votre avis et empêchent ou retardent l'insertion du public que vous accueillez ? (citez des exemples concrets)
- 2) Quels sont les dispositifs qui au contraire vous semblent bien fonctionner ? (citez des exemples concrets)
- 3) Qui sont vos interlocuteurs ? Pour quelles raisons les consultez-vous ?

Objectif n° 3 : Vérifier l'existence d'un partenariat, évaluer son degré d'importance et sa forme (réseau formel ou informel) et identifier les difficultés rencontrées par les professionnels au niveau de la prise en charge du public et de son orientation.

- 1) Quelles sont les structures ou institutions, voire personnes privées, qui à votre avis oeuvrent pour lutter contre le phénomène de l'errance ?
- 2) Avec qui travaillez-vous le plus souvent ? De quelle manière ? (échanges téléphoniques, réunions de travail ...)
- 3) Etes-vous satisfait de cette collaboration ? Si oui, pourquoi ? (en citant des exemples, dites quelle manière de travailler vous semble contribuer le mieux à l'insertion des personnes). Si non, dites quels sont les obstacles qui vous pose le plus de difficultés dans le cadre d'un travail en partenariat ?

Objectif n° 4 : Connaître les solutions préconisées par les professionnels pour diminuer le phénomène de l'errance et évaluer leur degré d'implication par rapport au phénomène de l'errance.

- 1) En quoi votre activité contribue-t-elle à diminuer le phénomène de l'errance ? Que faites-vous concrètement dans cette perspective ?
- 2) Quelles solutions préconiserez-vous pour réduire l'errance en Martinique ? Avez-vous déjà engagé des moyens pour cela ? (Si oui, lesquels ?, si non pourquoi ?)
- 3) Les solutions que vous avez engagées ont-elles fonctionné ? (si oui, pendant combien de temps ? Quelle est la plus value que vous pensez avoir apporter grâce à leur mise en place ?; Si non, pourquoi n'ont-elles pas fonctionné ?)

A la suite des entretiens, dont la synthèse figure en annexe 1, l'information recueillie a été optimisée grâce à l'avis des partenaires institutionnels dont les missions relèvent des problématiques abordées.

NOM ET QUALITE DES PERSONNES SOLLICITEES POUR AVIS	NATURE DU SUJET ABORDE
Pierre BAREGE Conseiller technique	- Point sur les travaux de la CASU.
Valérie CICHELERO Médecin inspecteur de santé publique	- Analyse de la problématique de prise en charge des malades mentaux, - Restructuration de la prise en charge psychiatrique.
Annie-Claude ELGEA Assistante sociale	- Approche globale des problématiques sociales du département.
Francette FLOCAN Chargée de mission RMI	- Statistiques RMI.
Olivier HUBERT Inspecteur Principal Coordonnateur du pôle social Maître de stage	- Approche globale des problématiques sociales du département, - Conseils méthodologiques pour l'élaboration du mémoire.
Guy LAJOINIE Médecin inspecteur de santé publique	- Evolution de la toxicomanie en Martinique, - Comorbidité santé mentale/toxicomanie, - Analyse de la problématique de prise en charge des malades mentaux, - Restructuration du secteur psychiatrique.
Thérèse ODRY Conseillère technique	- Secteur de l'insertion par l'économique,
Josette VENGETO Inspecteur des affaires sanitaires et sociales (responsable du service Action sociale B)	- Connaissance particulière du secteur associatif, - Approche globale des problématiques sociales du département.

I. DIAGNOSTIC DU PHENOMENE

Qu'est-ce que l'errance ?

Dans Les Métamorphoses de la question sociale (1995), Robert CASTEL qualifie l'errance comme un mode particulier de dissociation du lien social. Cette définition présente l'intérêt de couvrir à la fois la dimension géographique et sociale de la problématique de l'errance. Elle peut être retenue à notre sens car elle restitue à l'individu son identité. En effet, parler de dissociation du lien social rappelle que l'on s'adresse à des personnes qui ont déjà dans leur vie appartenu au tissu social, ce qui n'est pas le cas du terme « exclusion ».

Lors de la restitution du rapport sur l'errance commandé par l'Etat, le Conseil Général et les trois communes de la conurbation, la définition de l'errance a fait l'objet d'un débat entre les professionnels institutionnels, et l'on s'est aperçu que cette notion ne revêtait pas le même sens pour tous. Ces mêmes difficultés ont été perçues au cours des entretiens menés pour la rédaction de ce mémoire.

- « C'est l'indigence tout azimut qui conduit à l'errance. La famille aujourd'hui n'a plus de réponse, c'est un problème de choix politique. On assiste à une stigmatisation de l'indigence dans une société où le matérialisme est prédominant » ;

- « Un individu en errance est une personne qui souffre. Cette souffrance se caractérise par des sentiments de peur, de déception et d'angoisse qui le rendent violent. Un errant est une personne rejetée socialement » ;

- « Ce sont des personnes qui déambulent sans qu'aucune structure ne les accompagne et ne les prenne en charge » ;

- « C'est une personne en détresse ».

Or, il convient de s'entendre sur une définition commune pour cibler les caractéristiques du phénomène et, par conséquent, les besoins prioritaires du public concerné, et ceci afin de pouvoir apporter des réponses pertinentes.

A partir des différentes approches, ***nous retiendrons la définition suivante*** : l'errant est une personne qui de part toutes ses formes de souffrance a perdu ses repères, et qui donc nécessite d'être prise en charge pour pouvoir être réinsérée grâce au recours de structures spécialisées, puis de droit commun.

Présentation du département de la Martinique et du contexte économique et social (5)

Située dans l'archipel des caraïbes à 7000 kilomètres de la France métropolitaine, la Martinique couvre une superficie de 1100 km².

Elle a le double statut de département depuis 1946 et de région depuis 1982. Elle fait partie des « DFA » (départements français d'Amérique) comme la Guadeloupe et la Guyane. Elle est divisée en quatre arrondissements et 34 communes.

Entre les recensements de 1990 et 1999, la population de la Martinique croît au taux annuel de 0,7%.

Les caractéristiques économiques et sociales de l'île méritent d'être soulignées pour mettre en évidence le fait que la précarité pose de sérieuses difficultés localement.

Plusieurs indicateurs illustrent ce point. On note tout d'abord, que 1 martiniquais sur 6 ne dépasse pas le seuil de pauvreté (égal à 20 400 francs par an).

Ce contexte économique difficile se traduit également par un taux de chômage élevé, 29,3 % de la population en 1998, soit un taux plus de deux fois supérieur à celui de la métropole.

Par ailleurs, on compte 50 000 bénéficiaires d'un revenu minimum (AAH, RMI, API) soit quatre fois plus qu'en métropole, ce qui est un signe de difficulté majeur. Le nombre de bénéficiaires du RMI a d'ailleurs progressé de 6% en un an entre 1998 et 1999. Parallèlement, les fonds versés au titre du RMI s'élèvent à 542 millions de francs, en progression de 11% sur ces deux années.

Malheureusement, le RMI reste avant tout une source de revenu plutôt qu'un moyen de lutter contre l'exclusion. En effet, parmi ceux qui ont pu bénéficier d'une insertion, en 1999, plus de 70% se sont retrouvés en contrats d'insertion par l'activité et seulement 0,3% d'entre eux ont obtenu une embauche définitive.

(5) Tableaux économiques régionaux, Martinique 2000, INSEE.

Au delà de ces données statistiques, les travaux du PRAPS martiniquais (6) sont également intéressants pour obtenir une définition plus large du profil des personnes considérées comme précaires en Martinique, et ceci par rapport aux difficultés qu'elles rencontrent dans le domaine de l'accès aux soins. Les déterminants utilisés pour cette définition sont d'ordre :

- géographiques : éloignement des structures de soins, difficultés d'accès à l'information,
- administratifs : durée de résidence pour les étrangers, rupture de droits, complexité des démarches,
- légaux : limite d'âge pour l'ouverture des droits propres,
- psychosociales : incapacité de se prendre en charge, état psychologique ou psychiatrique, niveau d'instruction, illétrisme.

(6) Programme régional d'accès à la prévention et aux soins de la Martinique, 1999.

I.1 Caractéristiques de la marginalisation dans l'île

I.1.1 Un phénomène nouveau

Les professionnels situent les débuts de l'errance en Martinique, telle qu'on la connaît aujourd'hui, dans toute son ampleur et sa complexité, approximativement au milieu des années 1990. Au départ, il s'agissait beaucoup de métropolitains et d'européens pour qui le coût du billet d'avion devenu abordable facilitait l'arrivée dans l'île, mais, souvent découragés par les faibles perspectives d'emploi en Martinique, ils retournaient en Métropole. On retrouvait très peu d'errants martiniquais, une dizaine, ce qui ne créait pas le sentiment de peur et d'insécurité que l'on constate aujourd'hui. D'ailleurs ces errants parvenaient à gagner l'affection des habitants. Aujourd'hui n'importe quel martiniquais vous citera les surnoms dont on les affublait (Le Gaulois, « la po farine » (la peau claire) ; au point que certains sont passés à la postérité par le moyen de romans célèbres (cf. R. CONFIANT, P. CHAMOISEAU).

Aujourd'hui, les caractéristiques du phénomène ont évolué. Le nombre de personnes vivant dans la rue a augmenté de manière considérable et de manière soudaine. Dans son étude sur l'errance, Louis- Félix Ozier- Lafontaine les chiffrent à environ 300, pour environ 400 000 habitants. Les martiniquais n'étaient pas préparés à ce qui constitue pour eux un choc dans un contexte culturel où la solidarité avait un sens quelques années auparavant, et qu'elle a longtemps constitué un caractère identitaire dans l'île.

I.1.2 Le profil des errants

Marie-Jeanne HARDY-DESSOURCES, éducatrice de rue distingue plusieurs profils parmi le public des errants (7) :

« - Les vétérans » : Ces adultes sont installés dans ce mode de vie depuis parfois de nombreuses années. Leur âge se situe autour de la cinquantaine. Il s'agit principalement d'alcooliques qui se sont dotés d'une certaine organisation. Ils possèdent leurs circuits, leurs donateurs, leurs repaires et, peu agressifs en général, ils pratiquent une mendicité plutôt affable.

(7) Etude sur les errants de Fort de France- Marie- Jeanne HARDY-DESSOURCES- 1999, P.1.

- Les jeunes sans problème apparent de toxicomanie qui pratiquent leur mendicité comme un job relativement rentable. Beaucoup d'entre eux sont ce qu'il est désormais convenu d'appeler des « négropolitains » (antillais installés en Métropole), ayant perdu toute assise dans leur pays d'origine,

- Les jeunes plus ou moins toxicomanes (alcool, crack, produits toxiques divers) qui se distinguent par leur état visible de délabrement qui leur donne un aspect inquiétant (vêtements sales et déchirés, nombreuses plaies non soignées, odeur repoussante...) et par leur agressivité : saisis d'un véritable délire verbal, ils harcèlent tout le monde, pénétrant dans les magasins ou les bars et interpellant les clients locaux aussi bien que les touristes ».

Cette étude est intéressante car elle met en exergue deux points essentiels que l'on ne retrouve pas de manière aussi marquée dans celle de Louis Félix OZIER LAFONTAINE :

- L'errance des négropolitains,
- Les problèmes d'alcoolisme des errants.

Toutefois, le manque de données statistiques ne nous a pas permis de creuser les raisons qui président à l'intervention des difficultés d'insertion des négropolitains en Martinique. Par ailleurs, les différents entretiens menés avec les professionnels du secteur associatif montrent que cette catégorie est loin d'être majoritaire au sein des structures d'accueil. Néanmoins, nous souhaitons mettre en évidence cette information qui montre que la souffrance de ce public existe.

Dans l'étude d'OZIER LAFONTAINE, plusieurs données nous permettent d'avoir une idée plus précise du profil des errants de Fort de France. Il s'agit d'un public :

- à dominante masculine (86% d'hommes, 14% de femmes),
- plutôt jeune (entre 25 et 40 ans),
- ayant des liens avec sa famille d'origine (à 70 %), mais ce sont pour la plupart des personnes d'origine martiniquaise alors que les métropolitains ont en majorité coupé toute relation à ce niveau,
- la durée moyenne de l'errance s'analyse par tiers (1/3 de + de 7 ans, 1/3 entre 3 et 7 ans, 1/3 de moins de 3 ans).

1.2 Quelles sont les causes de l'errance en Martinique ?

Nous rappelons au stade de cette étude que les difficultés de l'errant en Martinique se concentrent autour de cinq problématiques relevées dans l'étude sur l'errance de Louis Félix Ozier LAFONTAINE : les jeunes en situation de rupture scolaire ou familiale, les femmes ayant subi des violences, la toxicomanie (consommation de crack), la maladie mentale, les sortants de prison.

L'analyse du problème des femmes ayant subi des violences n'a pas été retenue comme axe d'étude de ce mémoire, l'Union des Femmes de la Martinique nous ayant affirmé que le problème de ce public n'est pas lié au phénomène de l'errance. Nous verrons néanmoins plus en avant de notre étude qu'un CHRS a vu le jour en 2000 pour ces femmes, mais cela ne démontre pas qu'elles sont concernées par la marginalisation. En effet, en règle générale, la famille constitue un réseau d'accueil, ou alors ces femmes restent chez elles mais elles ne vont pas vivre dans la rue. Toutefois, la plupart du temps, il ne s'agit pas de situations idéales, donc l'accueil dans une structure de type CHRS se justifie.

La détermination des causes de l'errance constitue un exercice difficile. Les résultats des entretiens que nous avons menés confirment néanmoins les résultats de l'étude sur l'errance de L.F Ozier la Fontaine, qui détermine de la manière suivante ces causes.

Causes identifiées	%
Toxicomanie	38,6
Mésentente familiale	25,7
Troubles mentaux	7,1
Alcoolisme	5,7
Besoin de liberté	4,3
Non déterminé	12,9

Source : OZIER- LAFONTAINE, étude sur l' errance, 1999.

+prévalent pour entraîner l'individu dans une forme de basculement. Les causes sont souvent en interaction ou se complètent. C'est ainsi que le deuxième motif de l'errance identifié par la mésentente familiale doit nécessairement être relié à d'autres causes. La plupart du temps, il s'agit de la toxicomanie. Le consultant chargé de l'étude sur l'errance a toutefois considéré que l'on pouvait malgré cette difficulté faire ressortir l'élément déclencheur, car en interrogeant les sujets eux-mêmes et leurs parents, une concordance très nette s'est révélée dans les observations recueillies. Il ne fait aucun doute que la toxicomanie est à l'origine de l'errance et notamment l'usage du crack.

I.2.1 La toxicomanie

Nous nous appuyerons sur l'ouvrage de Professeur Aimé CHARLES NICOLAS (Crack et cannabis dans la Caraïbe) pour tenter d'expliquer en quoi l'usage de ce produit peut déstructurer un individu au point de lui faire perdre tout repère et l'amener à vivre dans la rue.

« De toutes les dépendances, la toxicomanie au crack est considérée par les spécialistes comme la plus intense et la plus contraignante. L'expression «craving » qui désigne un désir impérieux de consommation est utilisée pour le crack davantage que pour l'héroïne. Chez l'animal, la cocaïne est la drogue la plus toxicomanogène connue et c'est la seule drogue que les animaux préfèrent à leur nourriture ...jusqu'à en mourir ».(8)

- Qu'est-ce que le crack ?

Le crack est un dérivé de la cocaïne que les toxicomanes nomment « roche » ou « caillou » à cause de sa forme cristalline. Le chlorhydrate de cocaïne est mélangé à du bicarbonate de soude puis additionné d'eau. Il est procédé à l'évaporation de l'eau par chauffage et l'on obtient un résidu huileux de cocaïne base qui, en refroidissant prend un aspect solide. Il est ensuite découpé en roches ou cailloux. Il est appelé crack à cause du bruit de craquement qu'il produit quand il est chauffé.

Cette nouvelle forme de consommation de la cocaïne a fait son apparition aux Etats-Unis au cours des années 1980. L'arrivée du crack sur le marché de la drogue a provoqué une augmentation brutale et considérable du nombre de toxicomanes à la cocaïne aux USA entre 1986 et 1988 (de 182 000 à 600 000). « Aujourd'hui 20% de toutes les admissions dans les services d'urgence aux USA sont dues aux complications somatiques ou psychiques de la consommation de cocaïne. ».

(8) Crack et cannabis dans la Caraïbe, Aimé CHARLES-NICOLAS, édition l'Harmattan, P.17-18, 1999.

Les effets de la consommation de ce produit sur le psychisme et le comportement méritent d'être soulignés pour montrer la gravité de la destructuration qu'elle peut induire chez un individu. A court terme, les premiers effets d'une prise de cocaïne se résument au plaisir et à la stimulation lorsqu'il s'agit de doses modérées. « A doses élevées ou en administration répétée l'euphorie et le bien être peuvent être remplacés par une dysphorie (irritabilité, anxiété et tristesse), des sentiments de persécution, une agressivité et de la confusion ».

A moyen terme, la consommation de ce produit entraîne des complications psychiatriques. Les deux principales complications psychiatriques des prises répétitives ou prolongées de cocaïne sont, d'une part l'apparition de troubles psychotiques, et d'autre part l'existence de comportements stéréotypés.

A moyen terme s'installe aussi la dépendance. D'abord discontinue, pendant une période de plusieurs mois, elle se traduit par une utilisation répétitive et compulsive de crack à cycle court sur 2 à 12 heures et à cycle long tous les 3-6 jours en moyenne. Les doses deviennent progressivement croissantes. Nombreux sont les toxicomanes au crack qui deviennent très dépendants et consomment du crack tous les jours. Ils sont en général marginalisés ou désocialisés .

A ce jour, le crack représente en Martinique par son importance un problème :

- de santé publique,
- politique sous son aspect de sécurité publique,
- économique par l'économie parallèle induite,
- de société par les modèles relationnels nouveaux créés au sein des familles.

- Comment arrive t-il en Martinique ?

La drogue est acheminée de Colombie jusqu'au Venezuela et par ailleurs au Surinam. Elle transite ensuite vers les Caraïbes en passant par les Grenadines (Saint Vincent, Sainte Lucie) et remonte vers le Nord (Martinique, la Dominique, la Guadeloupe, Antigua). Elle transite aussi par la Guyane et prend deux directions, celle de Miami en passant par les îles des Caraïbes et l'Europe. La drogue est aussi acheminée des Caraïbes vers l'Europe.

Le crack arrive en Métropole environ à la même période qu'aux Antilles (Fin des années 1980, début des années 1990). « A Paris, le marché du crack explose aux environs de 1993. Dans la capitale, le nombre d'interpellations pour le crack talonne celui réalisé pour l'héroïne. En 1998, on interpelle davantage d'usagers pour le crack et la cocaïne que pour l'héroïne »(9)

I.2.2 La mésentente familiale

Comme nous l'avons vu, on ne peut pas avancer que la mésentente familiale constitue à elle seule la cause du problème des errants. L'importance du taux précisé dans l'étude (25,7%) incite néanmoins à prendre en considération cet élément comme un facteur participant de manière importante à la désorientation des personnes marginalisées. Rappelons que la solidarité familiale a longtemps représenté un trait culturel prédominant en Martinique.

Notons que les liens familiaux sont fragiles aujourd'hui. Ainsi, dans l'étude sur l'errance, à la question : « Avez-vous l'intention d'agir pour faire évoluer positivement la situation ? » 68% des familles ne répondent pas.

I.2.3 Les troubles mentaux

Si les problèmes psychiatriques des personnes errantes sont très visibles compte tenu de la proportion des individus touchés, la visibilité des dispositifs cohérents pour pallier cette difficulté reste moins évidente. Ainsi, la réflexion sur ce sujet mérite une attention particulière, là où la non prise en compte de la dimension psychique de la précarité a accéléré le processus de marginalisation en Martinique.

(10) Drogues et toxicomanies-Indicateurs et tendances, 2000.

Comme le précise Xavier EMMANUELI, fondateur du Samu social parisien et tout récemment du réseau national souffrance psychique et précarité (RNSPP), « il importe de prendre conscience de l'intrication profonde des problèmes économiques et psychiques qui se mêlent pour aggraver l'exclusion. Et c'est ce qui échappe trop souvent à nos institutions »(10).

En effet, longtemps, cette intrication a semblé être ignorée par les acteurs des deux domaines, travailleurs sociaux et psychiatres, guère désireux de lancer des ponts entre leurs champs d'activité. Ces contentieux ont conduit à une très mauvaise prise en compte de la souffrance psychique liée à l'exclusion. On en revient toujours aux débats « faut-il psychiatriser le social ? » ou « faut-il socialiser la psychiatrie ? ».

L'intérêt pour nous réside dans la coordination des réponses à apporter à ce public.

La maladie mentale des personnes errantes a plusieurs causes. Nous nous appuyons sur le diagnostic des médecins inspecteurs de santé publique de la DDASS et sur l'avis d'un psychiatre exerçant au CMPP (Centre médico-psychopédagogique) de Fort de France.

Selon le psychiatre, « depuis une dizaine d'années, une nouvelle forme de maladie mentale a émergé, qui se caractérise par des troubles du comportement appartenant au domaine social. Cette type de souffrance n'était pas reconnue par la psychiatrie classique et par ailleurs l'APEX (association de prévention contre l'exclusion sociale), ne réglait pas les problèmes des malades mentaux) ».

(10) Le MONDE-07/01/00, P.8.

L'une des causes plus clairement exprimée de l'errance est la réduction du poids de l'hospitalisation à temps complet impulsée à la fois par le schéma régional de psychiatrie et la carte sanitaire. C'est l'avis du Dr LAJOINIE, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS de Martinique.

Cet objectif, s'est traduit ces trois dernières années, par une diminution de la capacité d'hospitalisation à temps complet de 370 à 250 lits. Cette diminution est largement contestée par certains professionnels du corps médical, mais surtout du secteur social, car elle a constitué selon eux un élément accélérateur du phénomène de l'errance. En effet, une hospitalisation forte, concentrée, qui présidait à l'organisation de la psychiatrie avait l'avantage de permettre un suivi complet des malades en secteur intra-hospitalier, même si elle pouvait constituer un risque de chronicisation. Aujourd'hui, on a désormais un «turn-over» important sur un nombre de lits en diminution, alors que les pathologies mentales sont longues à soigner. On aurait donc déplacé le problème, car désormais, il faut retourner à la rencontre de ces personnes désorientées dans la rue pour les réhospitaliser.

Savoir si l'augmentation du phénomène de l'errance des malades mentaux est liée à la réorganisation psychiatrique ou à l'évolution de la maladie mentale est donc une question de point de vue. Nous noterons néanmoins l'avis du DR CICHELEIRO, médecin inspecteur de santé publique dont la position consiste à dire que :

« L'ancien système asilaire n'avait pas pour objectif principal de réinsérer ces patients. La restructuration actuelle du CHS de Colson consiste à déplacer les prises en charges intra-hospitalières vers le système ambulatoire ou non hospitalier (appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, hébergement médico-social). Néanmoins, le développement des structures extra-hospitalières n'est pas encore satisfaisant tant du point de vue quantitatif que qualitatif. En particulier, le système de soins n'est pas adapté aux problématiques des populations errantes, d'où l'intérêt d'un suivi en terme de prise en charge innovante de l'équipe soignante de rue ».

C'est à ce titre que l'équipe de rue du CHS de Colson s'est mise en place. Ce projet sera développé en seconde partie dans l'analyse des réponses actuelles.

II. ANALYSE DES REPONSES ACTUELLES ET
PROPOSITIONS : Des perspectives d'insertion
difficiles et qui ne seront pas améliorées sans une
réflexion multi-partenariale

II.1 Analyse des réponses actuelles

Le diagnostic du phénomène a donc mis en évidence une série de facteurs complexes que l'on retrouve à l'origine du comportement des errants. On peut parler de complexité, car chaque situation relève d'un parcours individuel. Bien souvent, il n'existe pas de raison unique qui pousse un individu dans la rue. Il s'agit plutôt d'une série d'évènements qui se retrouvent en interaction.

Par conséquent, la tâche des professionnels se complexifie lorsqu'une réponse la plus adaptée possible doit être trouvée pour mettre un terme à cette souffrance.

Aussi, l'exercice que nous avons mené a consisté à ne pas s'enfermer sur l'analyse des réponses apportées par filières catégorielles. Nous avons, en effet, cherché à compléter l'analyse en balayant de la manière la plus large possible l'ensemble des dispositifs mis en place pour les personnes sans résidence stable afin de pointer de manière générale les failles qui freinent la réinsertion de ces personnes.

Le premier point que nous avons relevé concerne la richesse qui émerge sur le plan associatif, même si nous verrons que la bonne volonté ne suffit pas et que le manque de partenariat et de professionnalisme retarde parfois les initiatives prises au niveau institutionnel.

II.1.1 L'insertion sociale : Des pratiques intéressantes au sein du tissu associatif, mais un manque de partenariat qui constitue un handicap pour la mise en œuvre d'une politique institutionnelle dynamique

II.1.1.1 Le tissu associatif : un savoir faire existant

Une amorce de travail en réseau

Depuis 1999, une amorce de travail en réseau s'est mise en place entre quelques associations telles que l'Association martiniquaise de prévention contre l'exclusion sociale (APEX), l'UEJD (unité d'écoute pour jeunes en détresse), la Croix Rouge, le Secours catholique dont la réflexion fait l'objet de la diffusion d'un journal mensuel dénommé le Palétuvier.

A partir du constat que toutes les structures travaillent de manière isolée, l'objectif visé par ce groupe de travail consiste à regrouper les énergies associatives et

institutionnelles pour lutter contre la toxicomanie et l'exclusion. Pour ce faire, participent à ce groupe d'échange, le Conseil Général, le CHS de Colson, ainsi que l'hôpital de Trinité.

Ce travail en réseau se formalise concrètement autour du projet de réorganisation de la ferme d'insertion dénommée "les jardins du Lamentin" dont la spécificité est de prendre en charge des toxicomanes et des sortants de prison. Son objectif consiste à transformer une partie de sa structure en ferme thérapeutique, grâce à un travail mené en partenariat avec l'hôpital psychiatrique de Colson.

L'information auprès du grand public

Le « marché itinérant » est l'occasion pour l'APEX d'aller à la rencontre du grand public sur les marchés de l'île afin de sensibiliser la population au problème de la marginalisation. Cette démarche a du sens pour deux raisons. D'une part, elle contribue à démystifier le « zombi » de la rue qui est avant tout une personne en souffrance. D'autre part, le problème de la marginalisation ne doit pas être uniquement celui de Fort de France et du Lamentin, c'est à ce titre qu'une information la plus large possible doit être diffusée.

Ces initiatives restent malheureusement cloisonnées. Les difficultés du travail social en Martinique reposent, en effet, sur des clivages très forts au sein du tissu associatif. Ces conflits sont visibles notamment entre deux. La première l'AAD (Association d'aide aux défavorisés) distribue essentiellement des prestations en nature et va au devant des personnes dans la rue pour leur apporter des soins d'hygiène, elle est très soutenue politiquement à Fort de France. La seconde, l'APEX (Association de prévention contre l'exclusion) dispose d'un accueil de jour. Elle est reconnue pour son professionnalisme.

II.1.1.2 L'AAD et l'APEX, deux associations sur lesquelles reposent tous les espoirs de la DDASS mais qui ont des modes de fonctionnement cloisonnés.

Ces attentes de la DDASS sont fondées car, d'une part l'AAD est la seule structure qui aille à l'encontre des personnes marginalisées les plus rétives pour leur prodiguer des soins d'hygiène, d'autre part, l'APEX s'appuie pour fonctionner sur un nombre de professionnels conséquents. Il nous semble indispensable par ailleurs que ces deux associations fonctionnent ensemble, car comment peut-on obliger des personnes à entretenir leur hygiène corporelle, d'une part, sans au minimum leur offrir une aide psychologique ? D'autre part, on ne peut pas considérer que l'on fournit un travail complet dans le domaine de la lutte contre l'exclusion si l'on ne s'adresse qu'aux personnes qui effectuent la démarche de se rendre à l'accueil de jour. Celles qui n'ont pas le courage de s'y rendre méritent aussi une écoute même si elles choisissent de se mettre à l'écart.

L'insertion sociale des RMistes

L'APEX dispose depuis plusieurs années d'un agrément pour la domiciliation des RMistes et pour instruire leur contrats d'insertion. L'AAD, qui ne compte pas parmi son personnel de travailleurs sociaux peut domicilier les personnes qu'elle accueille, mais sa compétence s'arrête là.

Toute la difficulté de la DDASS consiste à obtenir de l'AAD qu'elle oriente son public vers l'Apex pour éviter une rupture dans la continuité des droits.

L'équipe de rue

Le 14 septembre, s'est tenue à la DDASS une réunion visant à faire le point sur l'ensemble des projets d'équipe de rue. Il existe en effet, un certain nombre de promoteurs (AAD-APEX-CHS). L'idée consistait à mettre en synergie les compétences de chacun afin que toutes les initiatives soient prises en compte.

Le projet de l'APEX mobile qui s'oriente uniquement sur un créneau horaire de journée est soutenu par le Conseil Régional (subvention de 183 000 F). Des financements sont, par ailleurs, sollicités auprès de la DDASS, pour le recrutement de deux agents. L'AAD souhaite, par ailleurs, couvrir un créneau horaire de nuit. L'idée de la DDASS consiste à obtenir un partenariat entre les deux associations pour l'utilisation de ce fourgon. Aucun arrangement n'a pu être trouvé à l'issue de la réunion; le projet reste donc en suspend.

La mise en place d'un CHRS à vocation généraliste

Un CHRS de 16 places, financé à hauteur de 1,5 millions de francs a été autorisé en 2000 à l'UFM (Union des Femmes de la Martinique). Un second projet de 20 places porté par l'UEJD (Union d'écoute pour jeunes en détresse) est en attente de financements. Une demande d'autorisation est à l'étude au Ministère des Affaires sanitaires et sociales pour un troisième projet qui concerne un CHRS à vocation généraliste.

Il s'agit d'une avancée importante, puisque ce sont les premiers projets de CHRS à voir le jour en Martinique. Aujourd'hui, la DDASS cherche des promoteurs pour la mise en place du troisième projet. Elle souhaite que les compétences des deux associations (AAD et APEX) soient réunies afin d'optimiser la prise en charge des errants. Le discours institutionnel insiste sur la faisabilité de ce projet même s'il souffrira d'une mise en œuvre longue, compte tenu de la rivalité des deux associations. Nous avons perçu, au contraire, à l'occasion des entretiens que nous avons eus avec les structures concernées un refus catégorique dans cette perspective partenariale.

Le résumé des trois points que nous venons d'évoquer nous incite à nous interroger sur le fondement de cette réalité qui semble d'autant plus incompréhensible que chaque structure a un degré très fort de sensibilisation au problème des errants. Par ailleurs, cette situation freine le travail de la DDASS qui se voit contrainte d'avancer à petits pas alors que la souffrance des personnes concernées dans la rue est criante.

I.1.1.2 Une politique institutionnelle cohérente mais encore réticente

Parler de prise de conscience au niveau institutionnel n'est pas un vain mot. En effet, l'implication dans la problématique de l'errance est manifeste à travers le financement de l'étude sur l'errance conduite par Louis- Félix OZIER- LAFONTAINE. Ont participé au financement de cette étude :

L'Etat, le Conseil Général, les villes de Fort de France, du Lamentin, de Schoelcher et l'Agence Départementale d'Insertion. Au delà de la réalisation de cette étude, plusieurs outils de lutte contre l'exclusion sont en cours de mise en œuvre tels que le schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion, ainsi que deux des contrats de ville. Toutefois, malgré la mise en place de ces outils, la problématique de l'errance est abordée avec un certain malaise pour plusieurs raisons :

- L'offre existante concernant le public précaire sur un seul plan économique est très lacunaire en Martinique (logements, perspectives d'insertion professionnelle...). La tâche des acteurs investis dans la lutte contre l'exclusion consiste par conséquent à trouver au préalable des solutions pour une population majoritairement en situation de précarité depuis une période antérieure à l'apparition des errants en Martinique,
- La prise de conscience du caractère "gravissime" que constitue la très grande marginalisation n'en est qu'à ses prémices. Même si l'étude sur l'errance a mis en évidence une problématique très large, on sent encore une certaine tiédeur lorsqu'il s'agit de s'atteler à une réflexion construite sur ce thème, parce qu'il s'agit d'un phénomène nouveau dont l'ampleur et la complexité font peur,
- Trouver des solutions pour les errants passe d'abord par une réflexion qui doit articuler des secteurs d'intervention qui n'ont pas l'habitude de fonctionner ensemble parce qu'ils sont rivaux (psychiatrie, toxicomanie, tissu associatif).

Or, les réponses apportées isolément sont moins efficaces, ou même stériles si le caractère global du problème n'est pas pris en compte. Aucune avancée ne saura

fonctionner si l'on ne formalise pas les notions de partenariat, de réseau, de transversalité, dans une pratique professionnelle et responsable.

Dans ce contexte, s'interroger sur l'existence d'une politique institutionnelle reste une problématique entière, dans la mesure où se heurter à un ensemble de difficultés aussi majeures freine pratiquement l'ensemble des objectifs qu'elle fixe.

Pourtant, les travaux conduits, notamment au niveau de la mise en œuvre du SAHI (schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion), mettent en évidence une série de pistes de réflexions qui méritent d'être soulignées.

Le SAHI (Schéma départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion)

L'élaboration d'un schéma de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion a été amorcée, en Martinique, au cours du second trimestre de l'année 2000.

L'élaboration du SAHI a été impulsée par la loi d'orientation n°98-657 du 29 Juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions. La circulaire n°98-774 du 30 Décembre 1998 relative aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale complète les dispositions fixées par la loi en posant les premières bases de la démarche d'élaboration des schémas.

Toutefois, il ne s'agit pas d'un dispositif nouveau, puisque dès 1991, une circulaire du 14 Mai relative aux CHRS préconisait leur mise en place tout en ne retenant que la notion de CHRS.

De cette période marquant la première génération des schémas, plusieurs enseignements ont pu être tirés, notamment grâce aux journées des 18 et 19 Décembre 1997 dont l'objectif était d'effectuer un premier bilan du travail accompli.

Ainsi, la démarche retenue recouvre un cadre plus large puisqu'au delà des CHRS, il s'agit aujourd'hui de privilégier trois aspects :

- L'accueil,
- L'hébergement,
- L'insertion.

Il convient de souligner également que dans l'esprit de la loi du 29 Juillet 1998, le renforcement de la coordination des interventions et la mutualisation des moyens constituent des préconisations prédominantes ; aussi la réflexion doit s'orienter essentiellement sur une meilleure adéquation des moyens aux besoins.

L'autre objectif de travail essentiel à la démarche concerne le type de public retenu. En effet, même si le caractère généraliste des structures peut être conservé, des actions spécifiques doivent être engagées pour un public prioritaire. Il s'agit des personnes sortants de prison ou d'hôpital psychiatrique, de toxicodépendants, de personnes en danger de prostitution ou sortants de prostitution, de pères ou mères avec enfants.

La Direction de l'Action sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité constitue le référent de cette action puisqu'elle se positionne en tant que maître d'ouvrage. Cependant, c'est à la DDASS que revient le pilotage du schéma ; elle en est le maître d'œuvre et doit impulser la mise en œuvre des objectifs avec un ensemble de partenaires, tout en suivant la rédaction du schéma depuis son élaboration jusqu'à sa validation. Plusieurs instances sont chargées de piloter la mise en œuvre de cette action.

Ainsi, la DDASS, la DDE, la DRIV, le Conseil Général, l'ADI (Agence départementale d'insertion), les deux contrats de ville du Lamentin et de Fort de France, l'Apex et l'Unité d'écoute constituent l'équipe projet (ou comité de pilotage). Cette instance est chargée de définir au fur et à mesure la conception, l'organisation, la mise en œuvre et le suivi de la démarche.

A côté du comité de pilotage, est constitué un comité d'appui dont la fonction consiste à émettre un avis sur les orientations prises au cours des différentes étapes de l'élaboration du schéma. Il comprend un ensemble de 60 associations et organismes. Au sein de ce comité d'appui, deux groupes de travail ont été désignés. Ils ont été chargés de réaliser un état des lieux de l'existant relatif, d'une part à l'accueil hébergement, et d'autre part à l'insertion.

Ces instances fonctionnent depuis le 27 Avril 2000, et les synthèses des travaux des deux groupes ont été recueillies le 19 Juillet 2000, après avoir été mises en commun. Depuis le 13 septembre 2000, une réflexion a été amorcée sur le thème de l'analyse des écarts entre les besoins et l'existant. Cette étape du schéma doit permettre la définition d'objectifs et de plans d'actions permettant de les réaliser.

Le premier trimestre de l'année 2001 devrait clôturer les dernières étapes de l'élaboration du schéma. Ainsi, une phase de programmation prévue pour le mois de Janvier doit définir pour chaque plan d'actions, des responsables, des échéanciers ainsi qu'une méthode d'évaluation.

La dernière phase d'élaboration du schéma concerne la rédaction définitive du projet pour le mois de Février 2001, afin d'être soumise au CROSS pour avis dans un premier temps, puis à la signature du Préfet en Mars 2001 pour validation, après consultation du comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions.

Plusieurs éléments importants ressortent de ces travaux :

Un grand nombre de points forts concernent le volet accueil/hébergement.

Ainsi, on remarque de nombreux intervenants investis dans l'aide aux personnes démunies couvrant les besoins élémentaires de la population, notamment satisfaits par une banque alimentaire relayée sur le terrain par plusieurs associations. Par ailleurs, on retient que des actions particulières sont engagées en direction d'un public cible (CHRS, antenne de réduction des risques, service mobile d'hygiène, centre d'accueil de jour de l'Apex, Apex mobile...). De plus, on compte plusieurs dispositifs concourant à l'insertion par le logement (MOUS, ALT, résidence Capitaine Manuel).

Quelques points forts sont à noter sur le volet insertion : Les personnes accueillies reçoivent souvent une réponse personnalisée, ce qui leur permet de retrouver leur place au sein de la société et de leur famille. Elles bénéficient d'un large dispositif leur permettant d'accéder à une formation qualifiante.

On recense également un certain nombre de points faibles sur lesquels il conviendra de s'attarder notamment en vue d'améliorer l'offre aux populations concernées.

Le groupe accueil/ hébergement pointe plusieurs difficultés.

On souligne une inégale compétence des intervenants, liée à des difficultés organisationnelles, ainsi qu'à une connaissance insuffisante des dispositifs. Elle est aggravée par une quasi absence de partenariat. Ces lacunes se soldent pour le public accueilli par une inégale couverture de leurs besoins. A ces carences, s'ajoute un nombre de places insuffisant pour les actions particulières citées dans les points forts. Enfin, on constate des difficultés dans la mise en œuvre de la MOUS et de l'ASLL, dans l'éligibilité de la population errante aux opportunités de logement.

Le groupe insertion souligne essentiellement un manque de concertation des acteurs sur le terrain qui influe sur la bonne prise en charge de l'individu.

La synthèse de cet état des lieux pointe en conclusion une série de besoins essentiels dans les domaines de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Il s'agit de :

- Organiser l'hébergement d'urgence,
- Rationaliser l'accueil pour une meilleure réponse à l'usager,
- Faciliter l'accès au logement autonome,
- Améliorer les conditions d'accueil de la population cible en terme de matériel et de personnel,
- Mettre en place un véritable accompagnement,
- Mettre en œuvre et faire vivre le partenariat,
- Informer sur l'existant,
- Créer les synergies et les passerelles,
- Organiser la veille sociale.

La réflexion sur le problème de la très grande marginalisation commence aussi à émerger des contrats de ville du département.

- Les contrats de ville de Fort de France et du Lamentin

La réflexion autour de la politique de la ville s'est engagée en Martinique en 1994. Deux contrats de ville ont été signés par les villes de Fort de France et du Lamentin, respectivement en 1994 et 1999.

Aujourd'hui, la politique de la ville s'oriente sur la mise en oeuvre d'une triple démarche :

- 1- La convention cadre (2000-2003) qui définit le territoire de l'agglomération comme base de réflexion,
- 2- Le contrat de ville (2000-2006),
- 3- La convention territoriale qui constitue la déclinaison territoriale du contrat de ville à l'échelle de la ville de Fort de France.

Compte tenu de la nouveauté du phénomène de l'errance, elle ne constitue une priorité, en terme d'actions, qu'à partir du contrat de ville 2000-2006.

Le contexte dans lequel la réflexion a émergé autour de ce thème tient compte de deux faits importants. Il s'agit d'une part d'un souhait de la municipalité qui a été favorisé par le sentiment d'insécurité des foyais. C'est d'autre part, selon le chef de projet du contrat de ville de Fort de France, le manque de visibilité de l'action de l'APEX financée en partie par le premier contrat de ville pour clarifier la problématique de l'errance, qui a conduit les décideurs à inscrire à nouveau ce thème à l'ordre du jour des débats.

II.1.2 L'insertion professionnelle : Un cheminement complexe pour les sortants de prison et les toxicomanes

II.1.2.1 L'insertion professionnelle des sortants de prison : un dispositif prévu en milieu carcéral mais défaillant en milieu ordinaire

Nous avons rencontré le SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation) pour évaluer le degré de mise en œuvre d'actions en milieu carcéral pouvant prévenir le retour à la rue des sortants de prison. Le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) constitue précisément la structure ayant des compétences dans ce domaine de part les nouvelles attributions qui sont les siennes depuis 1999. L'autre intérêt de l'observation du fonctionnement de cette structure pour le diagnostic qui nous intéresse réside dans le fait qu'un tiers des personnes qu'elle accueille sont toxicomanes et ont souvent vécu dans la rue.

La création du SPIP a été instituée par le décret n°99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale. Elle résulte de la fusion entre les services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires et les comités de probation et d'assistance aux libérés. Le SPIP est donc un organe déconcentré de l'administration pénitentiaire au niveau départemental chargé du suivi des mesures d'insertion et de probation.

Les missions de ce service s'articulent autour de différentes actions :

- Réaliser des enquêtes sociales préalables à la comparution devant une juridiction,
- Mettre en œuvre et suivre le respect des obligations décidées par le juge d'application des peines à l'égard des personnes placées sous main de justice,
- Favoriser la réinsertion sociale des personnes condamnées,
- Prévenir les effets désocialisants de l'incarcération,
- Maintenir les liens familiaux des personnes détenues.
- Le SPIP privilégie quatre thèmes pour ce qui concerne la préparation à la sortie de prison des détenus :
 - le service socio- éducatif,
 - l'enseignement général,
 - la formation professionnelle,
 - le sport.

Pour ce qui concerne le troisième point relatif à la réinsertion des détenus, on note que les conditions ne sont pas réunies en dehors du milieu carcéral pour que les objectifs définis en prison puissent permettre une insertion correcte des sortants de prison.

En fait, l'insertion professionnelle ne peut pas être convenablement assurée parce que les structures en milieu ordinaire ne sont pas préparées à accueillir le public issu du milieu carcéral, bien qu'il ait reçu une formation pendant la durée de détention. Cette population est stigmatisée. Quelques prises de position le démontrent. Ainsi, l'URSIEA (Union régionale des structures d'insertion par l'économique) considère que les entreprises d'insertion par l'économique n'ont pas vocation à accueillir ce type de public qui risque d'« handicaper économiquement » une entreprise d'insertion. Un discours identique est tenu par les PLIE (Plan local d'insertion par l'activité économique) qui considèrent que leur vocation n'est pas d'accompagner ce type de public. Pourtant, la circulaire du 31 mars 1989 relative au soutien de l'Etat aux entreprises d'insertion par l'économique, qui constitue un des textes de référence en la matière, stipule que le public visé par ces dispositions se caractérise par « les difficultés particulières de toute nature auxquelles il a été confronté, par les comportements de rupture qu'elles ont pu engendrer et de ce fait par l'inadaptation des mesures d'insertion sociale et professionnelle proposées traditionnellement ». Par ailleurs, la réforme de l'insertion par l'économique encadrée par la loi de lutte contre les exclusions, rappelle de manière précise que les entreprises d'insertion doivent accueillir un profil de personnes particulier.

Or, depuis cette réforme qui introduit l'ANPE en qualité d'organisme chargé d'agrée préalablement les publics, la sélection des personnes est opérée de manière fine. La principale difficulté relevée chez une personne pour la faire entrer en entreprise d'insertion tient à des considérations uniquement économiques. La très grande marginalisation n'est pas du tout prise en compte.

On constate enfin que les employeurs souhaitent connaître le passé du public qui leur est adressé et que le séjour en prison ou la toxicomanie constituent des motifs de refus d'embauche.

On peut donc s'interroger sur la pertinence des actions mises en place à l'intérieur de la prison, si aucun débouché n'existe en milieu ordinaire. Dans le cas d'une entreprise d'insertion, on sait pourtant que des aides sont allouées par l'Etat pour compenser l'effort spécifique consenti pour l'embauche de personnes en difficulté. Or, sur une vingtaine d'entreprises d'insertion en Martinique, on constate qu'une seule accueille véritablement le public visé par la loi de lutte contre les exclusions.

L'autre difficulté de l'insertion des sortants de prison tient à un manque d'information sur l'existence du SPIP au sein même de la prison. Plusieurs professionnels qui interviennent auprès du public incarcéré affirment que les détenus s'interrogent sur la disponibilité des conseillers de probation avec lesquels ils peinent à obtenir des rendez-vous, d'autres ne connaissent tout simplement pas ce service.

Par ailleurs, l'équipe qui le compose ne correspond pas en terme d'effectif aux besoins réels (1 chef de service, 5 travailleurs sociaux, 1 secrétaire) comparativement au nombre de prisonniers (entre 550 et 600 détenus).

I.1.2.2 L'insertion des toxicomanes : une démarche rendue inopérante sans l'implication de la famille

Les familles touchées par les problèmes de toxicomanie sont profondément déstabilisées, car elles ne sont plus en mesure de maîtriser les enfants.

- Soit elles se découragent parce qu'elles sont usées par le comportement de leur enfant qu'elles ne reconnaissent plus ; elles ont en effet souvent eu à vivre des scènes de violence extrême ou se font voler. Elles décident alors de le laisser vivre dans la rue.
- Soit elle s'investissent sans réserve pour tenter de sauver cet enfant.

Mais, selon les professionnels rencontrés, c'est le premier cas qui prévaut. C'est pour cette raison que le phénomène de l'errance est largement amplifié par l'arrivée massive de consommateurs de crack dans la rue.

Ainsi, le crack constitue un problème de société par les modèles relationnels nouveaux créés au sein des familles .

Lorsque la famille décide au delà de toute la souffrance qu'elle vit quotidiennement d'accompagner son enfant jusqu'au bout, le recours à une aide extérieure s'effectue tardivement. Il existe « un seuil de tolérance élevé » des familles.

« La demande du toxicomane se fait rarement de façon précoce et spontanée, elle intervient lorsqu'il se sent dominé par la peur, a des idées délirantes de persécution, a peur de rechuter de nouveau, est en manque ou devant des difficultés d'ordre judiciaire ».

Un entretien avec l'UEJD, montre que dans la plupart des cas, l'accompagnement des toxicomanes sortants de prison est rendu difficile car la famille ne s'implique pas. Lorsque le sujet sort de prison après plusieurs mois d'abstinence forcée, la tentation première est de retourner dans le milieu qu'il a cotoyé dans son passé. Si sa famille n'est pas présente pour constituer un rempart, la rechute ne tarde pas.

II.1.3 L'insertion par la santé : une démarche rendue difficile par le déficit quantitatif et qualitatif d'offres de soins adaptées

II.1.3.1 La réorganisation du secteur psychiatrique : La fin du système asilaire, mais des solutions alternatives qui tardent à voir le jour

La recherche de solutions pour répondre au problème de santé mentale des errants se heurte à un problème d'offre de soins non disponible en quantité et en qualité suffisante pour répondre à cette problématique particulière. Comme nous l'avons vu, la prise en charge de cette population nécessite qu'il existe des structures adaptées pour répondre à leurs besoins. L'équipe de rue qui vient de se mettre en place va à la rencontre des errants dans la rue pour les orienter vers les CMPP mais malgré cette démarche, on côtoie encore une quantité d'errants souffrant de troubles mentaux dans les rues des communes de Martinique compte tenu des difficultés d'hospitalisation liées à la spécificité pathologique de ces personnes. En effet, comme nous l'avons vu en première partie, au CHS (qui accueille l'ensemble des 370 lits du département), les psychiatres ne souhaitent recevoir des personnes dont les troubles mentaux sont en lien avec une très grande marginalisation.

De plus, que l'on s'adresse à des personnes très marginalisées ou à des personnes ne rencontrant pas de difficultés sociales, cette structure de soins psychiatrique n'est pas adaptée car elles cumulent deux carences majeures.

- Une difficulté à développer des structures alternatives à l'hospitalisation ,
- Le caractère inhospitalier du site.

II.1.3.2 Le dysfonctionnement de la PASS de Fort de France

Il existe deux PASS en Martinique, une située au Lamentin, l'autre à Fort de France. Deux enquêtes menées par le Docteur LAJOINIE, médecin inspecteur de santé publique, mettent en évidence les difficultés de fonctionnement de la permanence de Fort de France. Or, Fort de France, chef lieu de la Martinique est la ville qui est la plus touchée par le problème de la marginalisation.

Nous soulignons au préalable que la mise en place de la CMU au 01/01/00 a neutralisé une grande partie des énergies de la PASS. Mais il subsiste un taux encore important de personnes pour lesquelles les démarches administratives ne sont pas effectuées. Ainsi, la moitié des personnes qui se présentent à la PASS présente un problème de couverture complémentaire tandis que le 1/3 est sans couverture sociale.

Vient ensuite le problème de la situation géographique de la PASS dans l'établissement. En effet, le repérage de l'origine des signalements met en exergue que 50 % des orientations proviennent des urgences. Dans ce contexte l'assistante sociale en charge de la PASS ne cesse de rappeler l'impérieuse nécessité de voir le bureau de la PASS revenir dans le secteur des urgences. Il en va en effet, non seulement du nombre de patients vus, mais aussi de l'efficacité du travail avec ce service (nombreux allers et retours entre le chevet du malade ...). Par ailleurs, la PASS n'est pas indiquée, il n'existe pas de fléchages, ni de panneaux pour identifier ce bureau. Au niveau de l'accueil même de l'hôpital, le terme « permanence d'accès aux soins » n'est pas connu, le vocable retenu étant celui de « couverture sociale ». Enfin, le local est inadapté à la fonction. Il n'y a en effet pas de confidentialité, l'environnement ne permet pas aux personnes de se confier.

L' autre domaine d'importance signalé par le personnel de la PASS concerne l'errance qui constitue le problème de 20% des personnes admises à la PASS. Les situations sont des plus diverses et l'absence de CHRS et de réseau de veille dans le département, limite considérablement l'action du personnel et transforme quelquefois le service des urgences en CHRS de fortune. Dans les cas les plus graves, certains individus sont dans l'impossibilité de décliner leur véritable identité, ce qui interdit par voie de conséquence, la possibilité d'entamer certaines démarches de base, telles que la carte d'identité, le RMI ou la CMU.

Enfin, deux points incontournables à mettre en place font l'objet de carences importantes. Il s'agit d'une part du travail en réseau avec l'APEX, la sécurité sociale, le centre pénitentiaire ou la Disses (service social du Département) qui reste informel. Il n'est pas constitué autour d'une démarche ou d'un projet commun. Il n'y a pas eu de réunions des acteurs à cet effet. D'autre part, aucun comité de pilotage n'est formalisé. Une seule réunion a eu lieu pour la mise en place de la PASS. Les médecins interviennent au cas par cas.

II.1.3.3 L'absence de structures d'hébergement thérapeutique pour toxicomanes

Comme nous l'avons déjà précisé, les structures d'hébergement thérapeutique pour toxicomanes manquent en Martinique. Seule une unité de 16 places dépendant du CHU fonctionne. Cela n'est pas suffisant quantitativement au regard du nombre de personnes orientées par l'APEX ou l'AAD, pour lesquelles des solutions ne sont pas trouvées par faute de place.

Par ailleurs, pour assurer le lien entre la fin du traitement dans une structure de ce type et un retour à une vie normale où le patient doit se retrouver "chez lui", l'offre est également lacunaire. La recherche de solutions doit s'orienter vers la mise en place d'appartements relais où le patient pourra bénéficier d'un accompagnement social et médical personnalisé. Cela n'existe pas encore en Martinique. L'exemple de l'appartement géré par l'UEJD (unité d'écoute pour jeunes en détresse) en témoigne. En effet, cette structure dispose d'un appartement qu'elle met à la disposition du public toxicomane qu'elle accueille, mais celui-ci est toujours vide.

Les personnes n'y restent pas car elles ne supportent pas de se retrouver seules par exemple à la sortie de prison, où elles ont eu l'habitude de cohabiter.

Pour éviter ce type d'écueil, les personnes doivent être suivie médicalement dans ces appartements relais dont nous préconisons la mise en place, et occupées par le biais de prises de rendez-vous systématiques avec les travailleurs sociaux et un planning d'activité quotidien.

II.1.3.4 Rendre les structures de soins de droit commun accessibles aux bénéficiaires de la CMU

Nombre de cabinets de médecins libéraux ne sont toujours pas équipés du logiciel leur permettant d'être connectés à la CGSS (Caisse générale de sécurité sociale) afin de percevoir le remboursement de leurs actes. Il arrive parfois que l'on voit afficher sur la porte des cabinets de ces praticiens ("Nous n'acceptons pas les bénéficiaires de la CMU").

Nous trouvons choquant que l'on assiste encore à une stigmatisation du public en difficulté sociale, d'autant que l'objectif de la carte CMU était justement d'insérer ces personnes dans le droit commun et qu'elles bénéficient d'un système de prestations équivalent aux autres citoyens.

II.2 Propositions

Au stade de cette étude, nous souhaitons formuler des propositions qui répondent aux dysfonctionnement majeurs que l'on relève dans l'action sociale et sanitaire en direction des exclus. La plupart de ces propositions peuvent être mises en application sans surcoût financier, mais elles ne peuvent être opérationnelles sans l'implication des professionnels et sans concertation. Celles qui engendrent un coût financier supplémentaire ne doivent pas pour autant être écartées. Elles seront en effet réalisables si à l'occasion d'une coordination meilleure à l'intérieur du tissu associatif notamment, les acteurs parviennent à parler d'une seule voix, pour faire valoir en plus de leurs besoins des propositions de travail en commun afin de rendre l'accompagnement des exclus optimal. Ce n'est qu'à cette seule condition que des financements de l'Etat ou des collectivités peuvent être obtenus.

II.2.1 Progresser vers une mutualisation des compétences et des savoir-faire.

II.2.1.1 Partager les pratiques professionnelles

Dans le département

Comme nous l'avons souligné, le dialogue au sein du tissu associatif bien qu'il soit très constructif entre un certain nombre d'entre elles, souffre d'un clivage fort entre deux structures sur lesquelles reposent une partie des espérances de l'Etat, notamment de la DDASS.

. Pour éviter ces écueils de part et d'autre, qu'il s'agisse de l'AAD ou de l'APEX, un travail en partenariat est indispensable.

La coordination des pratiques implique également des échanges plus nombreux entre la psychiatrie et le social, notamment à travers le fonctionnement de l'équipe de rue du CHS de Colson. Sa mise en place doit passer par une meilleure information auprès de l'ensemble du tissu associatif qui continue à croire que cette équipe de rue fonctionne uniquement pour les malades de Colson, alors que sa vocation n'est pas du tout celle-ci. En effet dans le projet transmis à la DDASS, l'objectif du dispositif est précisé en ces termes : " les secteurs de Fort-de-France ouest et de Fort-de France est, face à l'émergence de nouvelles formes d'exclusion sociale, de misère et d'itinérance touchant un nombre croissant de patients souvent concernés par une co-morbidité santé mentale/ toxicomanie, mettent en place en commun un dispositif d'équipe mobile de rue qui aura pour objet d'intervenir en amont de la crise, notamment sur signalement des partenaires au réseau mais aussi directement auprès des personnes en situation d'exclusion et de souffrance psychique en allant au devant de celles-ci".

Pour l'instant, l'équipe de rue ne circule que dans une partie de Fort de France. Un fonctionnement optimal de ce dispositif passera également par une couverture plus large du territoire

La mutualisation des compétences doit s'inscrire enfin dans une collaboration entre le CHS de Colson et l'USSARD (Unité spécialisée de soins ambulatoire et de recherche sur la dépendance). Cette antenne dispense des soins en ambulatoire destinés aux toxicomanes, elle est financée à hauteur de 1 millions de francs annuellement par la DDASS. On parle d'absence de partenariat car non seulement les deux structures ne travaillent pas ensemble et que d'autre part, le CHS vient de proposer à l'occasion de son budget primitif 2001 un projet de création d'une consultation de comorbidité (toxicomanie/ santé mentale) qui concerne des missions déjà effectuées par l'USSARD.

Dans la zone Caraïbe

Aller dans le sens d'une consolidation des savoirs articulée aux expérimentations et aux modes de traitement et de prévention de l'errance passe également par une prise en compte des savoirs faire existants dans la zone Caraïbe ou dans des territoires qui se trouvent confrontée à des problématiques similaires, à l'œuvre dans un contexte culturel commun.

Ainsi, si l'on se penche sur les cas de la Guyane ou de l'île de St Martin, on s'aperçoit que la mise en place de dispositifs pour lutter contre la marginalisation est avancée. Il serait donc

intéressant d'utiliser les pratiques existantes pour mettre en place un degré de prise en charge optimal.

A St Martin, île rattachée administrativement à la Guadeloupe pour la partie française, la montée du crack a incité les pouvoirs publics et les professionnels à réagir rapidement en augmentant et diversifiant les possibilités d'accueil. Des efforts importants ont été déployés grâce au dynamisme de certaines associations (notamment la maison St Vincent de Paul) et à un appui financier de l'Etat. Ainsi, il existe aujourd'hui à St Martin un CHRS, un foyer pour toxicomanes ainsi que des appartements relais. Ce type d'organisation fait précisément défaut en Martinique, il n'existe pas d'appartements relais pour les toxicomanes. Par ailleurs, le taux de rotation au CSST (centre de soin et de suivi pour la toxicomanie) n'est pas suffisant, c'est à dire que les personnes sont admises par groupe de huit pour une durée de trois mois, mais aucun remplacement n'est effectué si l'une d'entre elles quitte le groupe avant la fin de la thérapie.

En Guyane, il existe également des expériences intéressantes dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie :

- 1994 : Mise en place d'un centre de soins pour toxicomanes,
- 1995 : Mise en place d'un centre d'accueil de jour pour les populations marginalisées et/ou toxicomanes,
- 1996 : Réorganisation du secteur psychiatrique avec une nouvelle sectorisation et création d'une unité pour répondre aux situations d'urgence occasionnées essentiellement par les addictions au crack.

Un projet de postcure à visée de réinsertion est en cours.

Sur ce territoire, la montée de l'addiction au crack concorde dans toutes les données officielles tant par les chiffres de saisie que par ceux des systèmes de soins. Son avènement en Guyane (1989-1990) coïncide avec la fin de la guerre du Surinam, la montée de l'immigration et l'accroissement des difficultés économiques. On considère que cette drogue est prédominante en Guyane car elle constitue le 1^{er} motif de prise en charge dans tous les systèmes de soins aux toxicomanes (80 % des patients sont consommateurs de crack).

Ces deux exemples suffisent à eux seuls à démontrer que la Martinique peut se nourrir d'expériences proches de son identité et de ses préoccupations. A l'occasion d'instances réunies autour d'un schéma tel que celui de la toxicomanie, il peut être utile de

convier des référents guyanais, guadeloupéens...., qui forts de leur expérience pourront faire avancer les choses.

II.2.1.2 Créer des instances de dialogue

Nous pensons que l'animosité entre l'AAD et l'APEX, à laquelle avons déjà fait référence peut être combattue en modifiant le contexte dans lequel elles ont l'habitude de dialoguer. En effet, même si ce conflit tient essentiellement à des vexations anciennes, comment des associations que l'on incite à se rencontrer avec à la clef une action de financement pour celle qui défendra le mieux son projet, (ce qui a été le cas par exemple pour l'équipe de rue), ne sont-elles pas de fait en compétition ?

Il serait à notre avis intéressant de les amener à dialoguer ensemble dans un "cercle d'échanges sur les pratiques associatives" auquel serait convié l'ensemble du tissu associatif. Valoriser l'expérience des uns et des autres désamorce l'agressivité car le contexte est favorable à une écoute de la plus value que chacun apporte aux pratiques sociales locales, sans la pression d'un financement quelconque.

Ces réunions pourraient avoir lieu une fois par trimestre, de manière à ne pas emboliser le travail quotidien. Pour les rendre crédibles et que chacun ait l'impression d'apporter sa pierre à l'édifice, il serait intéressant de leur assigner comme objectif, la réalisation d'un annuaire des associations dans le but de savoir qui fait quoi et d'orienter les personnes au bon endroit.

II.2.1.3 Améliorer les conditions de l'Accueil, de l'hébergement et de l'insertion des personnes marginalisées

L'Accueil

L'accueil de jour de Fort de France ne présente pas toutes les conditions optimales pour une prise en charge d'un public en souffrance. A l'occasion de mon stage à l'Apex, j'ai été choquée de voir ces hommes et ces femmes usés et fatigués par des nuits à déambuler dans la rue, car les errants ne dorment pas la nuit contrairement à ce que l'on pourrait penser. Ils restent éveillés par crainte de se faire voler les quelques effets qu'ils possèdent.

Lorsqu'ils arrivent à l'Apex, ils dorment sur les tables du hall d'accueil et ne sont pas du tout disponibles intellectuellement ni physiquement pour amorcer toutes les démarches administratives que l'assistante sociale les incite à effectuer.

Par ailleurs, pour un bon nombre de structures les prestations offertes dans un contexte d'accueil d'urgence se limitent souvent à des prestations en nature. De plus, on déplore, que ces interventions ne s'inscrivent pas des conditions de réalisation optimales, il n'existe aucun accueil la nuit et cet accueil n'est pas encadré par des travailleurs sociaux. L'aide se limite donc à offrir de la nourriture et des vêtements.

L' Hébergement et L'Insertion

Comme le soulignait Mme THERON-RIVANI, Directrice départementale des affaires sanitaires et sociales, lors de la réunion du Comité d'appui du schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion, dans sa séance du 5 décembre 2000, le problème en Martinique n'est pas de trouver des places d'hébergement mais d'aboutir à une réelle programmation de ces places qui sont pour le moment gérées de manière éclatée. Il existe en effet de nombreuses solutions (FSL, nuitées d'hôtel, appartements conventionnés en ALT, MOUS ..).

Comme nous l'avons déjà exposé, un CHRS pour l'UFM fonctionne depuis cette année. Un autre est en attente de financement pour l'UEJD (Unité d'écoute pour jeunes en détresse), un troisième à vocation généraliste est à l'étude.

Nous pensons que la structure "CHRS" ne suffit pas à elle seule à répondre au problème des errants. Le CHRS, doit en effet "être un sas entre l'exclusion et le retour au droit commun", comme l'affirme la circulaire du 14/05/91 relative aux CHRS. Pour ce faire, la recherche de complémentarités avec tous les dispositifs existants dans le département pouvant répondre au problème des errants sera nécessaire. Pour ce qui concerne les difficultés que rencontrent les errants relatives à leur insertion professionnelle, nous pensons que des ateliers professionnels mis en place au sein du CHRS, peuvent constituer une amorce de solution.

En effet, parler d'insertion professionnelle pour des personnes qui en majeure partie sont totalement déstructurées psychologiquement est un leurre. Il faut donc les accompagner dans un cheminement vers l'employabilité avec l'appui d'éducateurs spécialisés. Cette initiative aurait le mérite d'estomper les craintes des entreprises d'insertion par l'économie qui doutent de l'efficacité de personnes très exclues durablement. A leur sortie du CHRS, il sera nécessaire que ces personnes puissent trouver de nouvelles solutions, afin que, d'une part, il n'y ait pas de rupture dans un parcours qui s'avère d'autant plus épuisant pour des personnes qui doivent acquérir ou réapprendre une multitude de réflexes de vie. Pour aller dans ce sens, nous pensons qu'il serait intéressant que les membres du CDIA (commission départementale d'insertion par l'activité économique) puissent entreprendre une action afin d'inciter les entreprises d'insertion à employer ces personnes à la sortie du CHRS. Cette initiative doit au préalable être engagée vis à vis de l'URSIEA (Union régionale des entreprises d'insertion par l'économie) qui a un rôle d'accompagnement auprès des structures notamment lors de la mise en œuvre de leur projet. D'autre part, leur prise en charge ne doit pas s'arrêter aux structures de prise en charge spécialisées, mais se rapprocher progressivement des structures de droit commun. Nous rappelons qu'à ce jour, une ou deux entreprises d'insertion par l'économie sur 22 accueillent ce public, alors que toutes obtiennent des financements pour prendre en charge le public en difficulté.

II.2.2 Mettre en place un dispositif permanent de veille sociale au niveau du département

A l'occasion de l'étude sur l'errance conduite par Louis-Félix Ozier Lafontaine et également lors du recueil d'informations par les différents groupes de travail du Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion, le manque de données statistiques a fait défaut. Il est donc moins facile d'avoir une vision claire du problème de l'exclusion sans ces données qui doivent être collectées par un observatoire social comme le préconise l'article 157 (III) de la loi n° 98- 657 du 29/07/98 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Ce dispositif a pour mission :

- 1°- d'évaluer l'urgence de la situation de la personne ou de la famille en difficulté,
- 2°- de proposer une réponse immédiate en indiquant notamment l'établissement ou le service dans lequel la personne ou la famille intéressée peut être accueillie, et d'organiser sans délai une mise en œuvre effective de cette réponse, notamment avec le concours des services publics,
- 3°- de tenir à jour l'état des différentes disponibilités d'accueil dans le département".

CONCLUSION

La finalité de cette étude n'est pas de constater, sur un ton purement négatif, que les conditions de réflexion au sujet de l'errance n'existent pas en Martinique.

Au contraire, elles sont palpables mais elles doivent être approfondies pour que l'on puisse espérer une nette amélioration des conditions de vie du public errant.

D'ailleurs, leur réinsertion ne dépend pas uniquement de la mise en place de dispositifs mais d'un long parcours d'accompagnement social et psychologique parce-que ces personnes sont déstructurées, dénuées de repères et parfois depuis des années.

Toutefois, nous pensons qu'un effort indispensable doit être poursuivi dans l'ensemble des services (médicaux, sociaux, économiques) afin d'adapter par une forme de discrimination positive les conditions du public le plus meurtri afin de faciliter son accès à tous les services de droit commun.

Cet effort doit passer, également, par un soutien financier de l'Etat afin de favoriser la formation des acteurs associatifs qui sont majoritairement bénévoles et n'ont pas de connaissance suffisante en matière d'accompagnement social.

Pour ce qui concerne les jeunes, qui ne sont pas encore totalement déstructurés, nous pensons que des réponses particulières doivent être apportées. Qu'ils se trouvent accueillis, aux côtés de personnes en grande difficulté n'est pas une solution, ils doivent pouvoir bénéficier de réponses spécifiques, de lieux adaptés tels les auberges de jeunesse auxquels s'ajouterait la première étape d'une prise en charge sociale.

Les solutions à préconiser pourraient être inépuisables mais pour qu'elles soient mises en place de manière cohérente, l'utilisation de la veille sociale et de l'évaluation doivent prendre leur place dans la lutte contre l'exclusion en Martinique.

Nous ne pourrions clore ce sujet, sans rappeler l'impérieuse nécessité de progresser vers un travail en partenariat. Il s'agit de l'écueil majeur sur le thème de l'organisation de la réflexion autour du thème de l'errance.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- OZIER- LAFONTAINE L.F, Martinique la société vulnérable, éditions GONDWANA, 1999.
- DEBIONNE F.P, la santé passe par la dignité, éditions Quart Monde, février 2000.
- CHARLES- NICOLAS Aimé, Crack et cannabis dans la Caraïbe.
- Tableaux économiques régionaux, Martinique 2000, INSEE.
- Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, Observatoire français des drogues et toxicomanies, édition 1999.
- ROBICHAUD J.B, GUAY L, COLIN C, et al, Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, de l'exclusion à l'équité, édition Gaëtan MORIN, 1994, 247 p.
- DAMIEN, AUDOLLENT, FAYARD, Combattre l'exclusion, édition les essentiels MILAN, septembre 1999, 63p.
- LALLEMAND D, Guide des CHRS (centres d'hébergement et de réinsertion sociale), éditions ASH, Mai 2000, 171 p.

Rapports :

- OZIER LAFONTAINE L.F, le phénomène de l'errance en Martinique, Mai 1999.
- VIDAL- NAQUET, LAVAL, Sur les chemins de l'errance estivale.
- Journées nationales techniques, (Jeunes en voie de grande marginalisation), 28/29/04/97.
- QUARETTA, Face à l'errance et à l'urgence sociale, 29/11/95.
- DDASS de la Martinique, Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, (Analyse des besoins et des objectifs),
- HARDY- DESSOURCES M.J, rapport sur les errants de Fort de France, 1999, 3p.
- DDASS de la Martinique, Schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie (2000-2004).

Mémoires :

- FARGE S, Face à l'urgence sociale, quel partenariat entre l'État et les associations ? L'exemple du département de la Drôme, 1997, mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales.
- WURTZ D, Réflexion sur l'adaptation des structures d'hébergement d'urgence et temporaire au public des jeunes en grande difficulté sur l'agglomération grenobloise, 2000, mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales.
- CAMISARD I, Les lieux d'accueil de jour des personnes en situation d'exclusion présents sur l'agglomération nantaise. Quelles peuvent être leur mission et place dans la chaîne de l'insertion ?,1999, mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

- LA RUCHE Guy, La mise en place d'une boutique d'accueil pour toxicomanes. Entre une exigence de santé publique et des enjeux sociaux, 2000, mémoire de médecin inspecteur de santé publique.

- BLANCO G, Rôle et place de l'Etat en matière de veille sociale et d'hébergement dans le cadre du schéma CHRS de 2^{ème} génération, 2000, mémoire d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

Revues :

- Une unité mobile pour les plus démunis, SOINS INFIRMIERS, 10/99.

- Errance des jeunes, quelles réponses ?, ASH n° 2027, 13/06/97

- Les personnes hébergées par les CHRS, des hommes et des femmes en grande difficulté, DREES- Etudes et résultats, n° 29, 08/99

- La revue du praticien- n° 46, 1996

- Les sans domicile fixe, Regards sur l'actualité, Mensuel n° 25°, Avril 1999.

Textes :

- Loi n°98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions,

- Décret n°99-276 du 13/04/99 modifiant le code de procédure pénal,

- Circulaire du 31/03/89 relative au soutien de l'Etat aux entreprises d'insertion,

- Circulaire du 14/05/91 relative aux CHRS,

- Circulaire du 30/12/98 relative aux CHRS.

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, et particulièrement à Mr LAGIER, éducateur spécialisé à l'APEX (association de prévention contre l'exclusion sociale), avec lequel j'ai eu de nombreux échanges en Janvier et Février 2000, sur le thème de la très grande marginalisation en Martinique.

Ces remerciements s'adressent également à Mme VENGETO, inspecteur des affaires sanitaires et sociales (responsable du service action sociale B), pour la richesse des échanges que nous avons eus au sujet de l'action sociale dans l'île et du milieu associatif martiniquais qu'elle cotoie depuis neuf ans.

Je remercie enfin tous mes collègues pour le précieux temps qu'ils ont consacré à la relecture de ce mémoire et notamment Christian URSULET, inspecteur des affaires sanitaires et sociales (responsable du service Handicap, personnes âgées) pour ses conseils méthodologiques avisés de dernière minute.