



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : Avril 2001

**PARTICIPATION DE LA PSYCHIATRIE
DE SECTEUR À LA PRISE EN CHARGE
DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE
CHEZ LES POPULATIONS ADULTES
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ**

Nadège BRUN

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
I. PREMIÈRE PARTIE	6
A. Prise de conscience nationale d'une problématique ancienne : La souffrance psycho-sociale.	6
1. Un symptôme trop longtemps ignoré.....	6
2. L'organisation des soins en santé mentale :	8
3. L'interface psychosociale au carrefour des mondes sanitaires et sociaux.	10
a) Une souffrance qui s'exprime dans le champ social.	10
b) Le non-recours aux structures de santé mentale.....	12
c) L'exemple des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion.	15
4. La psychiatrie de liaison externe : une réponse à un contexte difficile?.....	16
a) A propos d'une psychiatrie de lien.....	16
b) Quelques considérations sémantiques indispensables :	18
c) Les obstacles au développement de la psychiatrie de liaison.....	20
B. Le département de la Marne :	23
1. Les caractéristiques du département de la Marne et leurs déclinaisons au sein des secteurs psychiatriques.....	23
a) Caractéristiques administratives.....	23
b) Evolutions socio-démographiques.....	23
c) Répartition de la population tous âges confondus au sein des différents secteurs psychiatriques	24
d) Répartition de la population selon l'âge et le sexe, au sein des secteurs :	25
e) Caractéristiques socio-économiques :	26
2. L'offre de soins en psychiatrie, dans le département de la Marne	27
a) La sectorisation :	27
b) Des professionnels médicaux et paramédicaux en nombre insuffisant :	29
3. Les structures d'accueil et d'écoute dans le département de la Marne.....	30
4. Le schéma régional d'organisation sanitaire, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins et les contrats de ville.	31
a) Le volet psychiatrie du premier SROS :	31
b) Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins	32
c) Le PRAPS et la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé :	33
d) Les contrats de ville, déclinaison du PRAPS à l'échelon local.....	33

II. DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE, SYNTHÈSE ET ANALYSE DES ENTRETIENS ET ENQUÊTES RÉALISÉES AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN.....	36
A. Méthodologie.....	36
B. Analyse.....	39
1. Les entretiens	39
a) La souffrance psychosociale est au cœur des préoccupations des secteurs de psychiatrie :	39
b) Les travailleurs sociaux découragés, dans l'expectative.	41
2. Les résultats de l'enquête.	42
III. TROISIÈME PARTIE : PROPOSITIONS.....	49
A. Des logiques de fonctionnement différentes.....	49
1. Trois niveaux d'intervention combinés.....	49
2. Le fonctionnement en réseau : une nouvelle logique d'organisation des soins en santé mentale ?	51
B. Renforcer les moyens matériels et humains.....	57
1. Recruter des psychologues et des médecins généralistes.	57
2. Améliorer la connaissance réciproque des dispositifs sociaux et psychiatriques : ..	58
C. Autres pistes de lutte contre la souffrance mentale, à l'échelon national :	59
1. Redéfinir les champs de compétence de chacun des acteurs :	59
2. Se préoccuper d'avantage de la prévention.	60
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE :	62
LISTE DES ANNEXES	66

GLOSSAIRE

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLI : Commission Locale d'Insertion

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EPSDM : Etablissement Public de Santé Départemental de la Marne

ORSPERE : Observatoire Régional des Souffrances Psychiques En Relation avec l'Exclusion

PAIO : Permanence d'Accès à l'Information et à l'Orientation

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Programme Régional de Santé

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SDF : Sans Domicile Fixe

INTRODUCTION

Le rapport du Haut Comité de Santé Publique «La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé »(4) souligne la lente dégradation de la santé des couches sociales défavorisées : douze à quinze millions de personnes sont concernées.

La précarité, peut être définie comme un processus dynamique, multifactoriel, parfois provisoire et réversible qui peut entraîner l'individu rendu vulnérable vers des situations plus durables et proches de la pauvreté ou de l'exclusion.

La précarité contribue à accroître les inégalités sociales, en particulier les difficultés d'accès aux soins et devient alors source de sur morbidité et de surmortalité dégradant lentement la santé des couches sociales défavorisées et éloigne les populations concernées de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

La prise en charge de la souffrance psychosociale donne lieu aujourd'hui à de multiples débats et réflexions engagées à l'échelon national et diversement relayées par les régions et les départements.

Le respect, la dignité, le sens que l'on donne à sa vie sont autant de facteurs de bonne santé, auxquels s'opposent mépris subi, honte, sentiment d'inutilité.

Ces stimuli affectifs socialement induits peuvent ainsi augmenter la vulnérabilité de l'individu et contribuer à générer diverses maladies.

Le rapport du Haut Comité de Santé Publique réunit ces stimuli sous le vocable de "souffrance psychique" et avance l'idée que cette dernière est l'un des déterminants majeurs de l'inégalité devant la maladie et la mort.

D'une manière générale, le rapport souligne qu'il n'existe pas de pathologie propre à la précarité. On observe en revanche de la part des populations précaires un mode de recours aux soins plus tardif et la fréquence des comportements à risque : consommation de tabac, d'alcool, de psychotropes.

De plus, le public précaire reste en général peu sensible aux actions de prévention et rendu d'autant plus vulnérable qu'il répond à un profil particulier, familles monoparentales, détenus, jeunes, personnes vivant en milieu rural.

Enfin, les difficultés financières rendent plus difficiles l'accès aux soins.

Une lecture attentive des actions mises en œuvre par le département de la Marne révèle une grande hétérogénéité dans la prise en charge de la souffrance psychique des populations démunies en fonction des secteurs de psychiatrie adulte considérés.

Certains secteurs semblent allier un véritable intérêt pour ce problème de santé à un désir d'en développer la prise en charge.

D'autres au contraire, paraissent plus timides en ce domaine et affichent des volontés différentes.

Comment expliquer ces attitudes si différentes ?

La lecture du contexte permet d'emblée la construction de quelques hypothèses qui pourront peut-être éclairer les orientations choisies par les secteurs de psychiatrie.

- Comme le rappelle la circulaire n °90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, chaque secteur psychiatrique est rendu autonome quant aux orientations qu'il prend en matière de santé mentale et détermine ses propres priorités d'action.
- Les moyens humains et matériels ne sont pas déclinés à l'identique au sein des neuf secteurs de psychiatrie adulte du département de la Marne alors que toute prise en charge nouvelle nécessite des moyens supplémentaires.
- La répartition inégale des structures d'accueil telles que les Missions Locales, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les lieux d'écoute divers, contribue à une prise en charge hétérogène des populations démunies et constitue une réponse à des sollicitations tout aussi hétérogènes, importantes en ville, moins en milieu rural.
- Secteur des villes ou secteur des champs" : la structure démographique des secteurs urbains ou ruraux est différente.

La population démunie ne représente pas la même part.

- Les acteurs médicaux et sociaux ne jouent pas sur le même registre : le monde social est sensibilisé de longue date au phénomène de la souffrance psychique des populations précarisées et fortement demandeur d'une aide spécialisée.

Les psychiatres, quant à eux, affichent une certaine réticence par crainte d'une "psychiatisation" excessive de la misère, au détriment des objectifs habituellement poursuivis par les secteurs.

Ces éléments nous amènent à poser les questions suivantes :

1) Doit-on impérativement harmoniser cette prise en charge dans tout le département au nom de l'égalité d'accès aux soins ou l'adapter au contexte local des secteurs, tout en acceptant forcément une certaine inégalité lorsque ceux-ci sont absorbés par d'autres préoccupations ?

2) Comment organiser cette prise en charge de la souffrance psychosociale dans le département de la Marne ?

Les étapes de ce travail sont donc les suivantes :

- Analyser les conditions globales de prise en charge de la souffrance psychique dans le département de la Marne,
- Etudier les attentes des différents partenaires dans ce domaine, compte tenu de l'évolution des besoins.
- Faire des propositions afin d'améliorer cette prise en charge et développer le partenariat entre équipes de secteur psychiatrique et travailleurs sociaux.

Afin d'appréhender le problème de la souffrance psychosociale dans sa globalité, nous proposons :

- Dans *une première partie*, de réaliser un état des lieux d'abord à l'échelon national puis départemental ;

- Dans *une seconde partie*, de rendre compte de la méthodologie employée, d'analyser les résultats de l'enquête mise en place et des entretiens accordés par des professionnels des champs sanitaires et sociaux.

-La *troisième partie* de ce document permettra de dégager un ensemble de propositions concernant la prise en charge de la souffrance psychosociale dans le département de la Marne.

Cette démarche sera menée du point de vue du médecin inspecteur de santé publique dont le rôle doit se concevoir dans l'esprit de la circulaire n° 99-339 du 11 juin 1999, relative aux missions des médecins inspecteurs de la santé publique :

-*Médecin*, il peut établir des liens étroits avec les professionnels de la santé mentale, médicaux, paramédicaux ou sociaux du département.

-*Professionnel de la santé publique*, spécialiste formé et qualifié, il a naturellement une approche globale et cohérente de la politique de santé, est sensibilisé aux priorités des conférences nationales et régionales de santé, notamment en matière d'actions en direction des publics prioritaires du programme de lutte contre les exclusions. Il doit promouvoir cette politique de santé publique autour de lui.

-De part sa *fonction d'expertise technique en santé publique*, il peut aider à analyser et porter un diagnostic sur les problèmes de santé, physique et mentale, présentés par la population précarisée du département de la Marne.

Pour ce faire, il lui incombe d'impulser et d'évaluer les résultats de toute enquête ou étude épidémiologique utile.

-Il représente *une interface* entre les professionnels de terrain et les décideurs à qui il doit expliciter les problématiques, les demandes et les projets des acteurs de terrain.

-Enfin, le médecin inspecteur a une fonction de *conception, d'animation de projet*, peut s'intégrer au sein d'équipes multidisciplinaires et contribuer par certaines de ses propositions à élaborer une réponse au problème de la souffrance psychosociale des populations précarisées du département.

Il est le garant de l'intérêt général et de l'égalité des citoyens par rapport à l'accès au système de santé.

I. PREMIERE PARTIE

A. PRISE DE CONSCIENCE NATIONALE D'UNE PROBLEMATIQUE ANCIENNE : LA SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE

1. Un symptôme trop longtemps ignoré

La prise de conscience nationale à l'égard de la santé mentale des populations précarisées ne prend véritablement corps que depuis ces dix dernières années.

En **1991**, la Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion note déjà qu'une frange de bénéficiaires, plus marginalisés que les autres, présente des problèmes de santé mentale.

La réflexion a ensuite été jalonnée par la parution de rapports importants ou la mise en place de missions nationales.

On peut citer :

- Le rapport "Prévention et soins des maladies mentales ; bilan et perspectives" présenté au nom du Conseil Economique et Social par Pierre JOLY. A la demande du Secrétariat d'Etat à l'action humanitaire, un second rapport "psychiatrie et grande exclusion" est diffusé en juin **1996** (36).
- Le rapport Strohl-Lazarus : "une souffrance que l'on ne peut plus cacher"(32) paraît en **1996**
- Une mission d'appui " Psychiatrie et grande exclusion" naît de ce rapport et analyse la situation de Paris, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille au regard de l'exclusion.
- En **1997**, le gouvernement adjoint à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale animée par le professeur Massé, la mission "Psychiatrie et Grande Exclusion».
- En **1998**, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé" décrit à son tour la souffrance psychique et confirme :

« Cette souffrance générée par la précarité sociale se distingue des authentiques pathologies psychiatriques survenant parfois chez des personnes en situation de précarité. D'ailleurs, ces affections psychiatriques plus classiques, lourdes parfois, ne sont pas plus souvent rencontrées que dans la population générale.

Mais en pratique, sur le terrain, santé mentale et souffrance psychique liée à la précarité sont souvent intriquées, rendant la réalité complexe à appréhender par les différents intervenants. »

On peut retenir quelques traits caractéristiques de cette souffrance sociale :

Elle n'est pas seulement liée à la misère, au manque de formation, de logement, de travail, au chômage, aux ruptures affectives ;

« C'est tout cela, plus une perte de la qualité de lien qui nous uni tous, les uns les autres, implicitement.

C'est la disparition ou l'altération de ce lien qui crée chez ces personnes un état que l'on peut appeler " souffrance psychique".

Elle devient rapidement nuisible pour les individus qui la supportent parce qu'elle induit une rupture, une perte des capacités, une altération de l'image de Soi, de la relation à l'Autre, renforcée par la honte et le mépris » souligne-t-on au cours d'un atelier « PRAPS » du Nord Pas de Calais.

On comprend mieux pourquoi le sentiment d'insécurité, l'image négative de Soi, les événements de la vie sont autant de facteurs « psychosociaux » tout aussi importants que les déterminants traditionnels de la santé tels le niveau socio-économique, le comportement, l'organisation des services de santé ou l'environnement.

« La souffrance psychosociale est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur lié à la précarité et pourtant sous évaluée ; son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale (4). »

Sur le plan clinique, le rapport LAZARUS identifie divers troubles caractérisant « la clinique psychosociale » décrite plus tard par Jean Furtos (12)

-sentiment de solitude, d'ennui

-détresse morale

-troubles du sommeil

-asthénie

-dépressions majeures

-phobies

-troubles de la personnalité

-angoisses

-plaintes somatiques diverses

Plusieurs études nationales ont montré d'une part la prévalence importante des troubles mentaux et psychiatriques au sein de cette population précaire en raison des traumatismes liés aux difficultés psychosociales et matérielles, de l'isolement, et d'autre part le manque de prise en charge et la discontinuité des suivis.

Il est toutefois difficile de faire la part entre une réelle souffrance pathologique qui relèverait de la psychiatrie et une souffrance qui pourrait être levée par un rétablissement des liens sociaux.

Autrement dit : la souffrance sociale peut conduire à de véritables états pathologiques, la prise en charge sociale de certaines pathologies semble diminuer la souffrance.

« L'Homme est un animal social, et son équilibre en terme de santé mentale ne peut se concevoir en dehors du champ de la société.

Ce sont en effet, les interactions au corps social qui le constituent en tant qu'individu, lui confèrent son rôle, son statut, et lui permettent de vivre dans la meilleure harmonie possible ». (1)

« La perte du lien social est bien au centre du problème », constate Xavier Emmanuelli. (11)

2. L'organisation des soins en santé mentale

L'organisation des soins en santé mentale a été profondément réformée par la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique amorcée par **la circulaire du 15 mars 1960 et la circulaire**

n° 443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents. Les rôles et les missions du secteur à l'égard des personnes démunies sont déjà énoncés dans la **loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et les circulaires n ° 85572 du 25 juillet 1985 et n ° 851468 du 31 décembre 1985.**

La circulaire du 27 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, rappelle la configuration générale du dispositif de soins et souligne combien complémentarité et coordination avec les autres partenaires de la communauté sont gage d'un bon fonctionnement du système de sectorisation psychiatrique.

Cette circulaire retient en particulier trois objectifs prioritaires(1) :

-L'accueil des patients, qui conditionne l'accessibilité et donc l'efficacité du dispositif sanitaire ; les fonctions des Centres Médico Psychologiques sont à ce titre, valorisées.

-Un second objectif concerne les alternatives à l'hospitalisation, permettant d'assurer des prestations ambulatoires et à temps partiel ou concourant à la réadaptation.

L'accent est mis sur les structures susceptibles de favoriser l'insertion ou la réinsertion des malades, ce qui s'inscrit dans une logique de "déchronicisation" de l'institution hospitalière.

-Le troisième objectif vise à la mise en place d'une démarche globale incluant l'ensemble des acteurs de santé se traduisant par une coordination de leurs différentes actions.

La circulaire DAS/DH/DGS/DOM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies ajoute :

« Les publics fragilisés pour des raisons économiques, sociales ou culturelles présentent plusieurs caractéristiques. Ils sont diversifiés, (...) leurs besoins sont difficilement exprimés, (...) leurs difficultés sont multiples.

Les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante, qui se traduit parfois par des comportements posant de graves problèmes sociaux :

-état dépressif, isolement, recours à l'alcool ou aux psychotropes, violences familiales ou sociales, répétition dans l'échec

Ces problèmes de santé mentale doivent être mieux pris en compte et faire l'objet d'une réflexion spécifique, notamment avec le secteur psychiatrique. »

Plus récemment, la **circulaire n°97-568 du 19 août 1997** relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté, précise les actions de santé à engager

« Les actions financées peuvent s'adresser à plusieurs types de public en situation sociale précaire : enfants et familles, jeunes en insertion, demandeurs d'emploi, allocataires du Revenu Minimum d'Insertion, femmes isolées, migrants, personnes sans abri...

Elles visent à développer autant que possible des missions d'accompagnement personnalisées ou de co-accompagnement entre professionnels de santé et de l'insertion, tant dans le domaine de l'accès aux droits sociaux que dans celui de la santé physique ou mentale et de la prévention.

Ces actions devront poursuivre en priorité la constitution de nouveaux réseaux de santé de proximité ou la consolidation de ceux existants (composés de professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier et libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion)

Il s'agit d'offrir des réponses adaptées en matière d'accès aux soins et à la santé et d'assurer un suivi social des personnes, dans une démarche de santé publique territoriale où chaque acteur trouve sa place (usagers, professionnels, collectivités territoriales, institutions publiques et parapubliques) »

La Loi n ° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 met en place les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Ils ont pour objet de réaliser un état des lieux sur les questions santé précarité, d'organiser une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés et de mettre en place des actions de prévention, d'éducation, de soins, de réinsertion et de suivi adaptées à des situations locales. Ces programmes s'appuient notamment sur :

- Un dispositif hospitalier, les Permanences d'Accès Aux Soins,
- La circulaire 99-648 du 25 novembre 1999 relative à la mise en place des réseaux
- Les programmes liés à la politique de la ville
- La Couverture Maladie Universelle, depuis le 1^{er} janvier 2000.

La santé mentale des populations précaires et la santé des populations jeunes font partie des objectifs prioritaires du PRAPS

3. L'interface psychosociale au carrefour des mondes sanitaires et sociaux

a) Une souffrance qui s'exprime dans le champ social

Depuis plusieurs années les associations prenant en charge des personnes en situation d'exclusion ont noté le manque et la grande difficulté de prise en charge des troubles psychiatriques chez ces personnes.

Le mal être individuel ou collectif généré par la précarité amène certaines personnes à présenter des troubles des conduites parfois face aux travailleurs sociaux : Revendication, agressivité, amertume, perte de confiance en Soi et en les Autres rendent alors le dialogue difficile.

De plus l'absence de lien avec le reste de la société entrave l'action déjà difficile à mettre en œuvre chez ces populations où la projection dans l'avenir est quasiment impossible.

Les professionnels du champ social mesurent régulièrement la difficulté de repérer, d'entendre la souffrance psychosociale d'autant que cette souffrance peut s'exprimer en dehors de lieux traditionnellement réservés à la santé mentale, peu formés ni adaptés à ce type d'écoute : Lieux d'accueil administratifs tels que les mairies, Caisses d'Allocation Familiales, guichets des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Centres Communaux d'Action Sociale...ou les lieux d'écoute, d'hébergement, d'insertion.

De ce fait, le travailleur social dépassé cherche naturellement auprès du psychiatre un remède afin de répondre aux situations de crise et d'éviter le rejet de la personne qui le sollicite.

Quand cette demande survient hors d'un lieu de soins spécifiques, elle oblige à démultiplier les modes d'intervention des acteurs ou des équipes de secteur, les forçant à s'immerger dans la ville, alors qu'ils n'ont pas toujours l'habitude de travailler hors des Centres Médico Psychologiques (CMP).

La nécessité d'une interface psychosociale ressort du sentiment d'impuissance dans lequel se trouvent souvent placés les travailleurs sociaux épuisés

Tous les acteurs sociaux font part de leurs croissantes difficultés à prendre en charge et à orienter les sujets en détresse sociale et psychique.

Quel que soit l'endroit où l'on écoute les plus démunis, permanence d'accueil des bénéficiaires du RMI, lieux où se pratique la politique de la ville ou de l'insertion, se retrouve le besoin d'un soutien spécifique réalisé par des personnes qualifiées, parallèlement à la nécessité d'un appui destiné aux professionnels de l'accueil de première ligne.

Ainsi les professionnels du RMI souhaitent-ils parfois l'aide de partenaires du monde social éventuellement plus compétents, ou bien, que des psychologues interviennent à leurs côtés . Cette mission, selon les travailleurs sociaux, semble revenir aux équipes des secteurs psychiatriques, psychiatres, infirmiers spécialisés ou psychologues.

En effet le syndrome d'épuisement des travailleurs sociaux ou "burn-out syndrom"(31) n'est pas un vain mot et une *supervision* de l'équipe sociale par le secteur est souhaitable afin d'apporter un éclairage "technique"aux situations rencontrées.

Le but de la supervision est d'aider les non spécialistes à gérer ces situations difficiles avec plus d'autonomie, le secteur prenant en charge les authentiques pathologies lourdes, signalées par les travailleurs sociaux avertis.

- Comment gérer la violence ou la détresse des usagers ?
- Quelles sont les limites de l'écoute ou de la prise en charge ?
- Comment analyser ses propres angoisses de professionnel et le sentiment d'impuissance parfois ressenti ?

Les acteurs sociaux débattent de ce type de questions en séances de supervision, et y bénéficient d'une information.

L'objectif est de les sensibiliser à l'importance de l'écoute, à l'analyse positive, à la qualité de la relation, de les informer sur les réponses envisageables au regard des symptômes présentés et de leur faire connaître le réseau de professionnels qui les entourent.

Cette supervision implique donc des stratégies en pallier afin que les spécialistes en psychiatrie se situent tout à la fois en " première ligne", les patients pouvant avoir recours directement à eux.

En "seconde ligne", ils agissent notamment par le conseil et la formation des professionnels auxquels la population s'adresse le plus souvent, ou qui se trouvent confrontés à des situations clés pour la prise en charge de la santé mentale.

On notera par ailleurs que la circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale, évoque cette notion de concertation entre équipes de secteurs et équipes sociales

b) Le non-recours aux structures de santé mentale

- Il est vrai que *la population précarisée n'a généralement pas recours en première intention, aux structures psychiatriques traditionnelles bien identifiées comme telles : CMP, hôpital, plus rarement cabinet de psychiatre libéral.*

Quand ces structures sont isolées ou trop différenciées des structures sociales habituellement fréquentées, elles apparaissent stigmatisantes car chacun de ces lieux véhicule souvent une image négative.

Cette représentation dépréciative de la santé mentale gêne l'accès aux soins, à la prévention et à la réinsertion sociale.

Certaines caractéristiques propres à la population précarisée expliquent en partie la relation déficiente qu'elle entretient avec les dispositifs gravitant autour de la santé mentale :

Par exemple la méfiance, la désaffiliation, le style de vie, une certaine tendance à nier la maladie et à craindre une restriction de la liberté (32).

- *La nécessité de soins mentaux est perçue comme " moins urgente" par les personnes en situation de précarité que certains problèmes physiques, alors que les travailleurs sociaux sont parfois convaincus du contraire.*

Manger, nourrir sa famille, se chauffer, payer son loyer tout modeste fut-il, trouver un toit, pour les plus démunis, sont un casse-tête quotidien.

Se soigner arrive souvent en second lieu, alors même que la Couverture Maladie Universelle semble avoir facilité l'accès aux soins médicaux. Certaines personnes faisant partie des plus exclues finissent même par oublier volontairement ce corps ou cet esprit qui souffre, comme si la négation de sa propre image pouvait atténuer la douleur ressentie.¹

Pour les autres, la souffrance, psychique en particulier, est endurée voire banalisée par l'entourage qui connaît la même misère.

¹ Voir "comment caractériser la demande des publics précaires."

- *La souffrance psychique socialement induite véhicule souvent violence et agressivité, rendant difficile le dialogue.*

-Violence contre soi-même :

Les tentatives d'autolyse sont nombreuses et se répètent chez le même individu.

Une consultation de psychiatrie est organisée au sein du service où ces patients victimes d'eux-mêmes, sont hospitalisés, à condition qu'il y ait un spécialiste disponible.

Bien souvent, le patient quitte le service avec un rendez-vous au CMP le plus proche auquel il ne pourra se rendre faute de moyen de transport, de garde d'enfant ou de volonté...

A moins qu'il ne signe un bulletin de sortie contre avis médical le lendemain de son admission.

Le médecin généraliste est tout aussi désarmé face à ce suicidant ; la prise en charge de la souffrance psychique demande de la formation et du temps qu'il ne peut pas toujours consacrer comme il le souhaiterait.

Le dialogue avec le patient n'est rien sans une prise en charge sociale conjointe :

Or les travailleurs sociaux de la circonscription, souvent débordés, ne peuvent pas toujours répondre aux sollicitations des médecins libéraux et les conseils téléphoniques demandés par les généralistes aux confrères spécialistes suffisent rarement à résoudre les situations compliquées.

-Violence envers les autres, en particulier les enfants et le conjoint :

La souffrance psychique rend aveugle et, alimentée parfois par l'alcool ou toute autre substance, favorise les comportements agressifs, physiques ou verbaux.

La famille est meurtrie et vole en éclats fragilisant le psychisme déjà éprouvé des enfants.

La " boucle de la précarité " décrite dans le rapport "La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé " peut aussi se décliner en " boucle de souffrance psychique ", affectant dans un premier temps l'adulte-parent auteur d'un climat délétère autour de l'enfant-victime.

Ce dernier risque alors de grandir dans un monde sans communication, empli de violence et de douleur. Le rôle de la médecine scolaire ou des services de Protection Maternelle et Infantile est capital à cet égard mais on connaît bien les limites de leurs possibilités d'intervention et de dialogue avec les familles concernées.

- *Le mode de fonctionnement des structures de soins ambulatoires est souvent incompatible avec les modes de vie, les capacités de gestion de temps ou de l'espace de ces personnes(37).*

Par exemple, l'ensemble des CMP du département de la Marne propose des horaires d'ouverture s'échelonnant entre huit heures trente et dix huit heures et fermés le week-end.

Certains sont éloignés de toute ligne de transport en commun.

Pourtant, " tout secteur devrait avoir au moins un CMP en son sein ou à proximité immédiate, en un lieu d'accès facile par les transports en commun, et ouvert au moins cinq jours par semaine. Les jours et heures d'ouverture doivent être tels qu'ils permettent un contact hors des heures de travail, ou des heures scolaires "comme le précise la circulaire relative à la santé mentale.

La tombée de la nuit, les fins de semaine et les jours de fête sont des instants délicats et c'est à ce moment là que la demande d'écoute se fait la plus pressante.

Ces moments de grand désarroi correspondent souvent à des périodes de fermeture des CMP ou autre structure d'accueil.

Le patient n'a pas souvent d'autre solution que de s'adresser au centre hospitalier le plus proche qui assure ainsi cette mission palliative. Les services d'urgence se trouvent submergés d'appels et le personnel qui y travaille n'a pas souvent la formation suffisante pour répondre de façon adéquate.

- *Certains responsables de secteur psychiatrique sont réticents à intégrer ces personnes dans leur file active, et à les faire bénéficier de l'ensemble de leurs structures de soins.*

Les psychiatres craignent de "faire du social" et ne souhaitent pas "psychiatriser" à outrance la précarité.

Le Pr KAHN (31) insiste sur le fait que les équipes psychiatriques redoutent ces consultations et interventions de la dernière chance " où la psychiatrie méprisée et détournée de ses missions, deviendrait la voiture balai des autres disciplines et de la société, permettant la gestion de patients laissés pour compte et de situations inextricables ".

Pourtant l'article L 326 du code de la santé publique définit les missions des équipes psychiatrique de secteur tout en précisant que « la lutte contre les maladies mentales comporte des action de prévention, de diagnostic, de soin, de réadaptation et de réinsertion sociale. »

Rappelons que la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, situe bien la psychiatrie comme une discipline médico-sociale, non pas au sens juridique du terme tel qu'il est défini par les lois sociales de 1975, mais dans sa réalité profonde et quotidienne .(3)

- *Les populations précarisées se trouvent aussi confrontées aux cloisonnements entre les professionnels, souvent à l'origine d'une juxtaposition de dispositifs, préjudiciable à la prise en charge globale de leurs problèmes médicaux et sociaux .*

c) L'exemple des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion

La souffrance psychique est également rendue visible par un dispositif social tel le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), aux travers de difficultés évoquées à la fois par les allocataires et les travailleurs sociaux comme cela s'est produit à Reims.

Les travailleurs sociaux subissent quotidiennement la pression d'un public en état de souffrance psychique et doivent faire face à leur agressivité.

Ces professionnels éprouvent souvent un sentiment d'échec et d'impuissance. Les solutions qu'ils ont à proposer aux allocataires (on cite par exemple des stages "parking") sont parfois dérisoires par rapport aux problèmes qu'ils ont à résoudre .

Les allocataires du RMI doivent s'engager à participer à des actions d'insertion sociale ou professionnelle, formalisées par un contrat d'insertion, au sein des Commissions Locales d'Insertion (CLI).

La nature des actions pouvant faire l'objet d'un contrat est large : l'insertion par le logement, l'autonomie sociale ou l'accès aux soins de santé (20)

Cette dernière piste est hélas peu prisée, comme le démontre l'enquête INSEE "RMI-1998", alors que la place de la santé est capitale dans une démarche d'insertion.

Pourtant, au regard de la morbidité observée dans la population générale, on peut repérer une "surmorbidité" chez les allocataires du RMI de l'ordre de 59%, pour ce qui concerne les troubles de la santé mentale (incluant les effets de certaines conduites addictives, telles l'alcoolisme ou la toxico-dépendance).

On note de plus que le dispositif RMI semble à l'origine "d'effets pervers "(3).

- Effet "stock", c'est à dire l'ancienneté dans l'exclusion : plus de 37% des allocataires inactifs depuis au moins 5 ans ont des problèmes de santé, contre 17 % des personnes inactives depuis moins d'un an.
- L'accès à la santé ne constitue pas une priorité pour les personnes les plus désinsérées .
- Quand les possibilités d'insertion ou de réinsertion sociale ne se concrétisent pas, et pour gérer leur découragement, les populations concernées peuvent trouver dans la maladie un alibi à leur exclusion .
- Lorsqu'il y a demande de soins et réponse à cette demande, il n'est pas nécessairement observé d'amélioration de la morbidité réelle ou ressentie, notamment dans les cas de pathologies psychosomatiques.

- Les RMIstes finissent par perdre leurs capacités réflexives et se mobilisent de moins en moins, inhibés, honteux, déprimés ...

Cependant, bon nombre d'allocataires du RMI craignent le désœuvrement surtout lorsque l'insertion professionnelle ne se profile pas et expriment un besoin d'activité sociale et de socialisation, l'envie de partager, d'échanger avec les autres, de rompre l'isolement, de sortir d'une bien triste routine.

Ils trouvent parfois ces espaces d'activité et d'expression au sein de stages ou d'activités bénévoles leur permettant de poser quelques repères au sein d'un quotidien mouvant et déstructuré.

Ils ont avant tout besoin d'être " renarcissisés " et l'écoute est à ce titre indispensable mais ne peut être le fait de travailleurs sociaux des CLI, isolés, non formés.(2)

Face à ce public particulier se pose bien sûr le CMP, structure privilégiée vers laquelle les travailleurs sociaux peuvent envisager une orientation et une éventuelle prise en charge de ce public particulier.

Mais, ainsi que J.Y BARREYRE , directeur du CREAL d'Ile de France, le fait remarquer : (2)
"Les équipes de secteur préfèrent souvent maintenir leur spécificité d'action au regard de troubles mentaux avérés ".

De plus, les RMIstes en particulier, ne connaissent pas l'ensemble des possibilités de prise en charge psychologiques et psychiatriques ou hésitent à prendre contact avec le secteur, mal identifié; certains CMP manquent de personnel et proposent d'interminables listes d'attente pour des prises en charge qui ne supportent pas d'être trop longtemps différées.

Dans le département de la Marne en particulier, le partenariat entre secteurs psychiatriques et acteurs du champ social est souvent très limité, mal formalisé .

La circulaire du 27 mars 1993 incite pourtant à une meilleure articulation entre psychiatrie et dispositif RMI dans le cadre de la mise en place d'une politique départementale en faveur des plus démunis.

4. La psychiatrie de liaison externe : une réponse à un contexte difficile?

a) A propos d'une psychiatrie de lien

"Créer du lien" revient souvent comme une prière dans le discours social, tout particulièrement à l'intention du secteur.

C'est pourquoi s'est peu à peu développée l'idée de "psychiatrie de liaison" même si ce terme n'est pas précisément utilisé par la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Elle précise la mission d'intervention dans les institutions du secteur, sanitaires, sociales et médico-sociales:

"les prestations proposées et non imposées à ces structures, peuvent être des prestations de conseils auprès de leur personnel comme des prestations de soins auprès des personnes accueillies".

Le Pr KAHN, coordonnateur et rédacteur du rapport lorrain " psychiatrie de liaison " distingue cette double activité :

- Une activité de consultation, centrée sur le patient ou les personnes en souffrance sociale, mal insérées, marginalisées.
- Une activité de liaison, axée en particulier sur les équipes soignantes.

Il désigne une psychiatrie de "consultation-liaison" à l'image de ce que développent les anglo-saxons. Il précise qu'elle doit être comprise comme l'ensemble des actions se développant à l'intérieur des établissements de santé. C'est la psychiatrie de liaison interne, déjà développée dans le département de la Marne. Mais aussi à l'extérieur de ceux-ci: on parle alors de psychiatrie de liaison externe s'exerçant en amont et en aval, au sein du tissu social, à l'interface des champs sanitaire, médico-social, social, avec les partenaires professionnels ou associatifs.

Cette "liaison sociale" est bien inscrite dans les objectifs de la circulaire déjà citée plus haut.

Gérard MASSE fait aussi référence à la " psychiatrie sociale et de liaison ". Il cite lors d'une conférence 2 quelques particularités s'y rapportant et souligne leur influence sur le mode d'exercice des professionnels de secteur :

-Les équipes de secteur doivent accepter de soigner non plus une pathologie mais un état de santé souvent "normal" à l'origine, mais affecté par le contexte social difficile et délétère dans lequel vivent certaines personnes .

-Les spécialistes vont se trouver confrontés à une nouvelle clinique psychosociale à laquelle ils n'ont pas été formés: névrose de destinée, compulsions à l'échec, phobie des contacts sociaux, troubles somatiformes (12)(13)(25).

-Il leur faut ne pas hésiter à venir au devant de la population en dehors des lieux classiques d'exercice y compris dans la rue, et refuser le prétexte de ne pas intervenir en raison d'une absence de demande de soins, ce qui risque de différer leur intervention auprès de ces populations précarisées.

-La collaboration avec d'autres acteurs de terrain semble nécessaire à une prise en charge globale des personnes.

b) Quelques considérations sémantiques indispensables

• **Connaître cet Autre qui souffre .**

Le discours des différents acteurs du sanitaire et du champ social ramène à un problème d'ordre sémantique:

Comment qualifier ces populations souvent en état de souffrance psychique ?

-Patient, c'est le terme médical dans lequel se retrouve la notion de "pathos", maladie.

On relève encore d'autres termes:

-Personne repérée

-Sujet, adhérent

-La personne, le précaire, le démuné, le marginal, l'exclu, le RMIste, l'habitué

-L'hébergé, celui qui échappe à... "

" Ces termes sont parfois tous employés au sein d'une même institution, ce qui ne facilite pas le dialogue " fait remarquer une travailleuse sociale du centre d'hébergement de Nanterre où l'on est pourtant sensibilisé à cette question.

"Il vaudrait mieux que ces personnes se dénomment elles-mêmes" souligne encore R LEPOUTRE; quand elles le font, elles revendiquent souvent par l'intermédiaire des mots, des traits subjectifs qui font leur individu.

-On remarque souvent l'utilisation d'un pseudonyme par les personnes en errance, de noms de guerre, reliés à une identité de " zonard " vécue à travers la réalité de marginalisation.

Ici, le nom devient un lieu, une trajectoire dans lequel le sens de la vie du sujet est en suspens.(17)

Jean FURTOS, psychiatre au CHU de Bron, a créé l'Observatoire Rhône-Alpes des Souffrances psychiques en Relation avec l'Exclusion (ORSPERE).

Il démontre, dans le cadre d'une participation des exclus à leur prise en charge, que les professionnels doivent avoir conscience du fait que ces personnes utilisent des traits d'identification subjectifs qui peuvent parfois choquer (35)

"je suis un exclu" clamé haut et fort par certains, fait référence à une situation sociale mais aussi à une façon de penser.

Ainsi l'alcoolique, qui se définit comme tel même s'il n'a pas bu depuis dix ans, a gardé ce trait subjectif lié à une expérience profondément marquante.

-Lors d'un récent colloque, Jean FURTOS admet à l'inverse que bon nombre de ses confrères ne parlent plus de "patient" mais de "personne"

Ce terme a pour effet de balayer la stigmatisation alors même qu'il ne faut pas forcément craindre les mots ni "idéologiser la dénomination utilisée" remarque J P MARTIN. Il ne sert à rien d'édulcorer la réalité.

- ***Comment caractériser la demande des publics précaires***

La demande est un lien à construire, quand la crise sociale est crise du **lien social**, là où les vécus de perte, de honte, d'abandon, de désespoir, de dépendance, les mécanismes de déni, de clivage, la révolte aussi, vont à l'encontre d'un tel processus (15) souligne J.L.GRABER pédo-psychiatre au centre hospitalier Lyon Sud.

La demande est un signal fort et se trouve souvent au centre des discussions entre psychiatres et travailleurs sociaux .

Ces derniers sont d'ailleurs plus souvent confrontés à une "**non demande**" de la part des démunis, alors qu'il existe tout de même des besoins. Ne rien demander est un signe de gravité. Cette dissymétrie génère aussi de la souffrance chez les aidants qui constatent en permanence l'écart existant entre leur expérience, leur idéal de réinsertion, et la réalité de leur travail.

La demande doit s'envisager sous différents aspects; elle est par exemple conditionnée par la connaissance de ce qui existe à un niveau de proximité géographique.

Mais exprimer la demande, c'est attendre une réponse. Or, comme le font remarquer les psychiatres, les gens désocialisés savent qu'il n'existe pas de réponse.

Aussi la demande n'est-elle plus formulée verbalement mais par l'intermédiaire de leur corps devenu outil et qu'ils mettent en danger: alcoolisation, tabagisme, tentatives de suicide répétées.

Puis l'image de ce corps meurtri passe progressivement au second plan, et la demande se fait de moins en moins consistante. Les personnes en grande souffrance finissent par ne plus avoir de représentation de leur corps.

"J'ai rencontré beaucoup de personnes qui pour ne pas souffrir s'empêchaient d'exister" raconte Jean Furtos, psychiatre. (13)

La honte qui s'ajoute à cela, est l'affect de la disparition sociale.

Ainsi le concept d'unités mobiles de prise en charge qui se rendent dans la rue "au devant" de la demande de ces personnes. R LEPOUTRE membre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale souligne que parfois la demande de la personne démunie peut se constituer uniquement dans le but de faire plaisir au travailleur social! Mais peu importe, la demande adressée à l'Autre est un bon signe.

Parallèlement à cette demande chemine " **l'attente** " ; le public démunie à parfois du mal à la transformer en demande. Quand cette dernière existe enfin, il faut veiller à ne pas vouloir la traiter trop rapidement au risque de mal l'analyser et de ne pas répondre à la nature du besoin sous jacent.

J P MARTIN, chef de service à l'hôpital Esquirol³, ajoute que la demande procède d'un exercice de construction souvent facilité par les groupes de paroles, prisés par la population en difficultés. Les personnes s'y expriment librement sans obligation en contre partie .

Mais la demande souhaitée par le travailleur social n'est pas forcément celle que le démunie exprime :

Les Sans Domicile Fixe (SDF), par exemple, ne souhaitent pas toujours sortir de leur errance ce qui doit être entendu et admis par l'écouter.

Cette position psychique singulière a été reliée par les sociologues à des vécus de disqualification ou de honte témoignant d'une désaffiliation sociale, c'est à dire de rupture de sens dans la représentation des structures (...) .

La société étant vécue comme globalement hostile, il en résulte une altération du sens de l'aide proposée qui devient humiliante et source de persécution.(21)

La volonté des personnes démunies doit être respectée même lorsqu'elle ne paraît "pas raisonnable" et que cela agace.

Point de butée et d'impuissance des soignants ou des travailleurs sociaux, elle devrait les amener à s'interroger sur la qualité de leur "**offre**".

Comment, dès lors, vivre sa relation avec cet Autre si différent et qui pourtant nous ressemble tant ?

L'oscillation permanente entre convivialité, obligation, pitié, doute, nous place facilement en position de "précaire parmi les précaires" confie un travailleur social découragé.

c) Les obstacles au développement de la psychiatrie de liaison

Plusieurs régions ont tenté de mettre en place des équipes psychiatriques de liaison externe et avouent avoir été confrontées à de multiples difficultés⁴ que l'on peut citer :

3, Saint-Maurice, 94 413

4 La LORRAINE, par exemple.

- Les populations précarisées sont souvent mobiles, difficiles à “sectoriser” : on pense en particulier aux Sans Domicile Fixe (SDF), ce qui complique la tâche des acteurs de terrain et s'oppose à une psychiatrie "cadastrale".
- Les intervenants de la précarité sont nombreux au sein du champ social associatif ou d'essence institutionnelle donc parfois difficiles à sensibiliser et à fédérer tous en même temps autour d'une seule action.
- Cultures et langages des professionnels des mondes sanitaire et social sont spécifiques et, associés à une méconnaissance mutuelle, sont source d'incompréhension voire de difficultés de collaboration. Il manque une reconnaissance réciproque des outils de l'autre, des modes d'organisation, des champs d'actions, des missions de chacun.(7)
Ces deux entités se comprennent mal et, de fait, s'ignorent souvent
- Les professionnels sanitaires et sociaux manquent de formations initiales et continues conjointes, améliorées et peut-être axées sur certaines thématiques particulières telles les conduites addictives.
- L'activité de liaison supporte une certaine formalisation qui peut rebuter les acteurs. Les interventions de gré à gré sont sources de malentendus lorsqu'elles constituent le seul mode d'intervention et les demandes des travailleurs sociaux sont parfois mal formulées, abusives, précipitées, ou ne s'adressent pas au bon interlocuteur, ce qui peut être cause de retard dans la prise des rendez-vous.

Les spécialistes ne se sentent pas toujours tenus de répondre rapidement à ce type de demande.

- Quoi qu'il en soit, le manque de personnel médical et paramédical conjugué à la constante diversification des missions du secteur se heurte souvent aux moyens nécessités par le développement de la psychiatrie de liaison. En effet, le contexte actuel de la psychiatrie est difficile : limitation des budgets, accroissement de la demande, incertitudes sur le devenir des secteurs face aux évolutions prévisibles de la démographie médicale et infirmière, médicalisation de la prise en charge des patients.

Ces moyens procèdent le plus souvent d'un redéploiement interne, ce qui oblige alors les secteurs à prioriser certaines actions au détriment d'autres.

- Les besoins de la population méritent être évalués avec précision afin de ne pas consacrer moyens humains et matériels à d'inutiles actions finalement vouées à l'échec.
- La mise en place et le succès d'une équipe de psychiatrie de liaison sont fortement liés à l'histoire et à la géographie du découpage sectoriel dont il doit être tenu compte.

Ainsi, les missions et les modes d'intervention de ces équipes sont pensées différemment selon qu'il s'agit d'un secteur situé au sein d'un centre hospitalier, d'une ville, ou d'un secteur rural lié à de petites structures sociales, communales ou associatives.

La disparité semble inhérente à la logique de notre système de santé mentale(1). L'approche psychiatrique ne peut se contenter d'une modélisation et d'une reproduction de schémas élaborés par d'autres équipes. Une volonté normative pourrait se traduire à terme par un appauvrissement du dispositif.

- “Il persiste des malentendus autour du secret professionnel et du secret médical : c'est toujours une source de difficultés lorsque le sanitaire et le social se rapprochent pour s'occuper d'un même public. Un travail sur ce que peut apporter le nouveau code pénal sur ce point est certainement souhaitable (secret par profession, fonction, mission, etc.)”(7)

B. LE DEPARTEMENT DE LA MARNE

1. LES CARACTÉRISTIQUES DU DÉPARTEMENT DE LA MARNE ET LEURS DÉCLINAISONS AU SEIN DES SECTEURS PSYCHIATRIQUES

Afin de bien saisir le contexte de la précarité, il convient de faire une brève présentation du département illustrant ainsi quelques unes des difficultés rencontrées par les secteurs.(34)

a) Caractéristiques administratives

La Marne est un département de 8162 Km², situé au cœur de la région Champagne-Ardenne, qui comprend également l'Aube, les Ardennes et la Haute-Marne.(29)

Le chef-lieu est Châlons en Champagne.

Le département est découpé en cinq arrondissements :

- Châlons en Champagne,
- Epernay,
- Reims,
- Sainte-Ménéhould,
- Vitry-Le-François.

Il compte 42 cantons et 618 communes.

Reims est un pôle universitaire.

b) Evolutions socio-démographiques

Le recensement de 1999 compte 565 229 habitants.(annexe 1).)

Il indique une progression démographique de 0.14% entre 1990 et 1999.

Doc 1 : population recensement 1999 (source INSEE)

Champagne-Ardennes	ARDENNES	AUBE	MARNE	HAUTE-MARNE
1 342 363 hab	296 357 hab	298 207 hab	558 217 hab	204 067 hab

(habitant : hab)

Reims (206 437 habitants en 1995) et **Epernay** (34 038 habitants) bénéficient de la proximité de Paris et de la présence du vignoble champenois.

Châlons en Champagne (61450 habitants), ville avant tout administrative a subi des opérations de restructurations industrielle qu'elle n'a pas pu maîtriser.

L'arrondissement de **Vitry-Le-François** (19 919 habitants) est à l'écart du vignoble et de la grande culture céréalière. Il offre une situation économique précaire.

L'Est de la Marne est plutôt de type rural isolé .

La densité moyenne est de 69 habitants au kilomètre carré pour une moyenne nationale de 106 habitants au kilomètre carré. Elle varie de 8 habitants au kilomètre carré pour certains cantons de l'Est du département contre 3851 habitants au kilomètre carré à Reims-ville.

Les foyers de peuplement se trouvent plutôt centrés par les grandes villes et longent la vallée de la Marne .

c) Répartition de la population tous âges confondus au sein des différents secteurs psychiatriques

Autour de Reims gravitent les secteurs suivants : (annexe 2.)

G 04: 62 707 habitants

G 05: 70 543 habitants

G 06: 72 957 habitants

G10 :75 838 habitants

Autour d'Epernay, G03: 72 901 habitants

Dans le quart Sud-Ouest du département (Sézanne), G 09 : 44 136 habitants

Dans le quart Sud-Est du département (Vitry-le-françois), G 08 : 50 499 habitants

Dans le quart Nord-Est du département (Châlons en Champagne) G 02: 52 283 habitants et G 01: 56 713 habitants.

La population du département de la Marne est en augmentation. En 2010, selon les projections du logiciel Omphale, elle atteindra 577 206 habitants mais l'évolution de la population sera variable selon les secteurs:

Une forte augmentation pour G 04 et G 06 (Reims). Une augmentation plus faible pour G 05.

Une forte diminution pour G 08 (Vitry le français) et moins importante pour G 02 (Châlons en Champagne).

Une stagnation pour G 01, G 03 , G 09 et G 10

d) Répartition de la population selon l'âge et le sexe, au sein des secteurs :

La population masculine:

Les secteurs G10 et G 04 présentent une forte proportion de jeunes de moins de 20 ans; à l'inverse, G 09 et G 05 ont une faible proportion de jeunes, qui diminuera encore avec le temps.

En revanche, la population des 65 ans et plus, ne fait que croître surtout dans les secteurs G 02 et G 08, encore d'avantage pour G 09.

La population féminine :

On retrouve un nombre plus important de femmes jeunes dans les secteurs proches de Reims (G 04) alors que G 05 présente une forte proportion de femmes de plus de 65 ans.

L'indice de vieillissement_(rapport des "65 ans et plus" pour cent personnes de moins de 20 ans) est de 52 % pour le département et passera à 61% en 2010.

Le secteur G 09 a un indice de vieillissement très élevé tant chez les hommes que chez les femmes alors que G 10 G 01 et G 04 ont un indice très faible, respectivement: 42,5%, 45,8% et 39,3 %.

En 2010, les secteurs où l'indice de vieillissement sera le plus fort sont : G 09, G 08, G 02.

A l'échelon infra départemental, les moins de vingt ans sont en plus grand nombre dans la vallée de la Marne et au sein des communes périphériques des grandes villes.

La part des jeunes est faible dans certains cantons ruraux en particulier du quart Sud-Ouest du département et de la frange Est de G 02 .

e) Caractéristiques socio-économiques

- **L'emploi :**

La Champagne-Ardenne se caractérise par une forte proportion d'ouvriers, surtout dans la vallée de la Marne.

On note peu de ménages ouvriers autour d'Epernay, Sézanne et Vitry-Le-François.

Les agriculteurs sont nombreux en Champagne crayeuse et autour du vignoble.

En 1994, le revenu net imposable moyen par foyer fiscal est de 87 749 francs ; 47.7% des foyers ne sont pas imposés (contre 80 241 francs et 53.1% pour les moyennes nationales).

Ces foyers sont principalement localisés au sein du tripôle urbain Reims, Epernay, Châlons en Champagne.

Cependant 58 374 personnes sont privées d'emploi à ce jour, bien que le chômage recule discrètement.

Le taux de chômage (nombre de chômeurs rapporté à la population active) est de 11,2% dans le département de la Marne contre 12,2 % en France.

Le chômage touche plutôt les cantons urbains et quelques cantons ruraux en particulier dans le secteur G 08.(annexe.4) : Certains cantons ruraux peuvent cumuler une forte proportion de retraités et un fort taux de chômage parmi les actifs restant.

Les chômeurs de longue durée se trouvent surtout dans le Nord Ouest de la Marne.

- **Quelques indicateurs de précarité:**

La précarité est le fait de facteurs économiques et sociaux souvent intriqués.

Il n'est pas facile d'en mesurer toute la dimension eu égard aux sources d'informations disponibles.

Les travaux du PRAPS retiennent certains indicateurs de précarité notamment le nombre d'allocataires des minimas sociaux.

Le taux d'allocataires du RMI a doublé dans toute la région en huit ans, passant de 4 063 personnes en 1990 à 8 461 personnes en 1998 dans la Marne, encore proche de la moyenne nationale.

Il concerne surtout des hommes, seuls, isolés.

L'aide médicale est plus élevée dans la Marne (103 francs par habitant) et les Ardennes (119 francs par habitant) qu'en Haute-Marne (57 francs par habitant) ou l'Aube (97 francs par habitant).

Globalement, le nombre des bénéficiaires du RMI, de l'AAH, de l'AES et de l'APJ est en constante augmentation.

2. L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE, DANS LE DÉPARTEMENT DE LA MARNE

a) La sectorisation

Rappelons qu'il y a neuf secteurs de psychiatrie générale, un secteur de psychiatrie générale adulte correspondant à 70 000 habitants (un secteur de pédo-psychiatrie regroupe 210 000 habitants.)

Certains englobent une fraction de ville: (annexe 4)

- Reims se partage entre les secteurs G 04, G 05, G 06, G 10
- les secteurs G 01 et G 02 découpent Châlons en champagne;
- Seuls G 03,G 08 et G 09 regroupent des cantons dans leur totalité.

Le département possède également:

- Trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,
- Un inter-secteur d'alcoologie(regroupant G 04, G 05, G 06 et G 10)
- Un foyer occupationnel,
- Une unité inter-sectorielle de soins de longue durée
- Un Service Médico Psychologique Régional .

Seul le secteur G 10 est géré par le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Reims; l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne (EPSDM) se charge des autres secteurs .

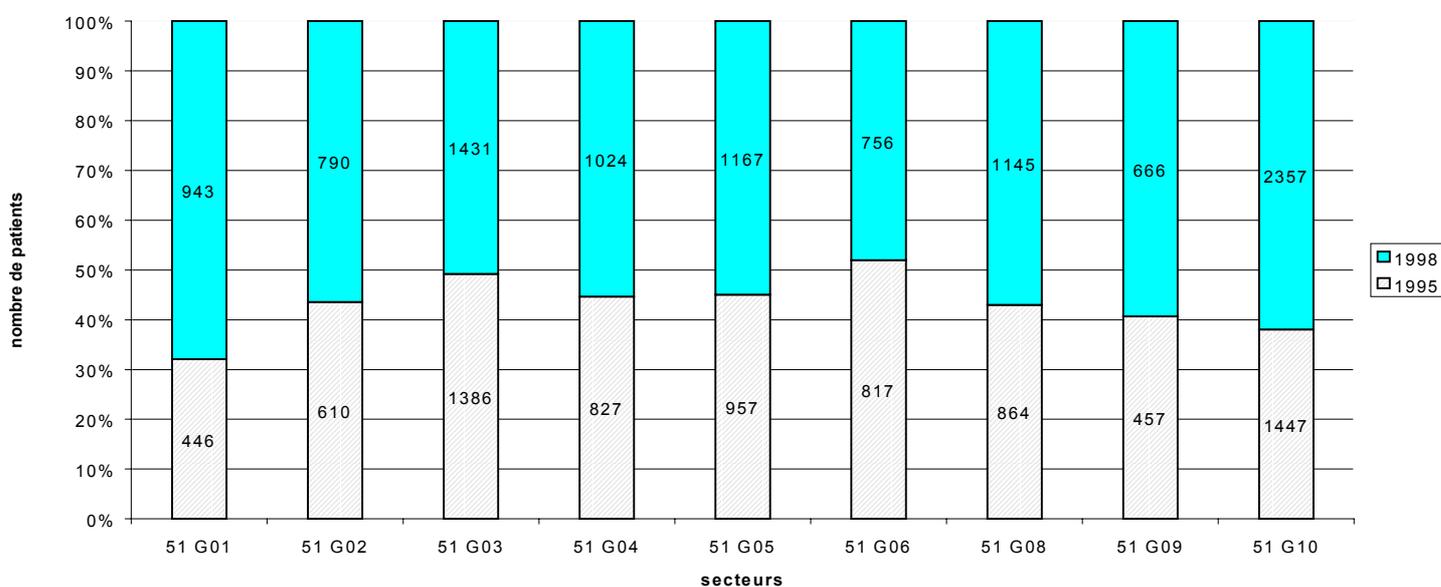
- **La file active :**

Elle est en moyenne de 1136 patients en 1998 et tend à augmenter quel que soit le secteur, d'avantage pourtant pour G 10, G 08 et G 01.

Doc 2: les secteurs de psychiatrie adultes en 2000 .
(D'après le rapport annuel de secteur.)

	G 01	G 02	G 03	G 04	G 05	G 06	G 08	G 09
habitants								
file active								
ETP médecins	3.60	3.60	4.40	5.20	4.20	3	4.78	3.90

**Doc 3 : Evolution de la file active des 9 secteurs de psychiatrie générale de la MARNE
entre 1995 et 1998**
(source:rapports annuels de secteurs)



La classe d'âge la plus représentée est celle des 25-44 ans, soit 41 % de l'ensemble de la file active .

Près de 60 % des patients de psychiatrie générale sont sans emploi ou inactifs. Ils se trouvent surtout au sein de G 04, G 05 (Reims), G 01 (Châlons en champagne) moins dans les secteurs G 08 et G 09 où les sans emploi sont plutôt localisés à Vitry le français.

- **Le type de suivi :**

En 1998, 55 % des patients sont pris en charge en ambulatoire ou à temps partiel et 30% en suivi mixte (avec au moins deux types de prise en charge dans l'année).

15 % le sont à temps complet .

Les secteurs ruraux marquent une préférence pour le suivi ambulatoire (annexe 5).

b) Des professionnels médicaux et paramédicaux en nombre insuffisant

- **Les psychiatres :**

Si le nombre de postes de psychiatres a été considérablement augmenté depuis trente ans, ils sont loin d'être tous pourvus du fait de l'attractivité de la psychiatrie libérale conjointe à une réduction du nombre de psychiatres formés depuis la disparition des internats spécifiques de psychiatrie La situation se sera aggravée vers 2005-2007 avec une énorme proportion de psychiatres partant à la retraite.

Le département de la Marne est déficitaire en psychiatres exerçant tant à titre public que libéral, ce qui limite d'autant l'accès aux soins spécialisés.

La densité de psychiatres libéraux au 31 décembre 1998 était de 5.5 pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 10.8 pour 100 00 habitants.

Concernant les médecins exerçant dans les établissements publics de psychiatrie générale et infanto-juvénile: 132 Equivalents Temps Plein exercent dans la région, 60 dans la Marne.

Doc.4 : Professionnels en exercice (source ADELI)

	CHAMPAGNE- ARDENNES	ARDENNES	AUBE	MARNE	HAUTE- MARNE
Psychiatres salariés exclusifs	107	21	18	48	20
Psychiatres libéraux	59	8	13	33	5
Infirmiers de secteur psychiatrique	1200	396	194	351	259

- **Les psychologues :**

Vingt étudiants sont parvenus en fin de formation universitaire en 1999.

La faculté n'a pas de renseignements sur leur orientation professionnelle mais il est certain que tous ne trouvent pas de travail dès la première année qui suit l'obtention de leur diplôme. Par ailleurs, les consultations proposées par les psychologues ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie ou la couverture maladie universelle, obstacle souvent incontournable pour les populations démunies.

3. LES STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ECOUTE DANS LE DEPARTEMENT DE LA MARNE

Le département compte quelques structures d'accueil destinées à la population adulte en situation de précarité, inégalement réparties. (annexe 6)

Le taux d'équipement du département de la Marne est le plus faible de la région eu égard au nombre de lits de CHRS :

Doc 5 : Hébergement et réadaptation sociale

(lits et places installés au 01.1999 par catégorie d'établissement- Taux d'équipement)

Source: DRASS-Enquête ES-FINESS.

Catégories d'établissement :	Champagne-Ardenne	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Etablissements pour adultes et familles en difficultés (Centre héberge réadaptation sociale, CHRS)	729	150	249	237	93
Taux d'équipement en lits de CHRS (pour 1000 adultes de 20 à 59 ans)	1.02	1.00	1.62	0.76	0.93
France au 1.01.1999					
Taux d'équipement en lits de CHRS (pour 1000 adultes de 20 à 59 ans) :				1.00	

Le plan départemental d'hébergement d'urgence des personnes sans abri du département de la Marne met en évidence les insuffisances du bassin d'habitation de Vitry le François : "L'absence totale de réponse à l'hébergement d'urgence, à l'accueil de jour, à l'hébergement temporaire, impose à tous les partenaires d'apporter des solutions locales à cette problématique à court terme "

4. LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE, LE PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS ET LES CONTRATS DE VILLE

a) Le volet psychiatrie du premier SROS

Ce volet a été arrêté le 18/3/1997 et a bénéficié de l'appui de Gérard MASSE et son équipe pour sa préparation (33). Il est en cours d'évaluation avant de mettre en place le second SROS.

Ce volet se présente sous forme de quarante recommandations concernant l'ensemble de la région, et déclinées en objectifs selon les départements (soit deux à douze recommandations par secteur)

Ainsi note-t-on pour la Marne que la souffrance psychosociale est abordée dans les recommandations générales, mais non prioritaires :

- *Recommandation numéro 4* : Rapprocher les structures de la population par des modalités thérapeutiques et organisationnelles à privilégier et développer la psychiatrie de liaison. (Il s'agit ici de liaison interne)
- *Recommandation numéro 10* : Développer l'intervention des secteurs psychiatriques au titre de l'accès aux soins des plus démunis en amplifiant le travail mené auprès du réseau social.

Quelques conventions de partenariat ont été reconduites ou nouvellement signées entre les structures psychiatriques, et les partenaires médico-sociaux, sociaux, via les associations.

On incite les secteurs à une démarche moins attentiste, à investir les lieux où se manifeste l'exclusion, à aller vers le public très défavorisé et marginalisé (30)

Quelques secteurs interviennent hors convention, au sein d'antennes ou de point de consultation à caractère social.

b) Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

Il a été rédigé en prenant en compte les remarques formulées par le Haut Comité de Santé Publique et la Conférence Régionale de Santé.

Il répond à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et vise à combattre les inégalités et les difficultés dans l'accès aux soins ou aux droits (méconnaissance de ces droits ou difficultés à les faire valoir).

Il a permis de mobiliser différents intervenants institutionnels, sanitaires et sociaux autour d'une analyse précise des besoins spécifiques des personnes en difficultés, prenant en compte autant que faire se peut l'expression par la population elle-même de ses besoins de santé :

L'article 71 de la loi de lutte contre l'exclusion précise que " le programme s'attache à définir des actions pour lutter contre des pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous

toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les troubles psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels [...]"

Deux des dix problématiques régionales énoncées ont été retenues, en particulier :

" reconnaître et prendre en charge la souffrance psychique des populations en difficulté".

A ce titre, des actions d'accompagnement psychologiques et sociales des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies, sont préconisées.

Le département de la Marne insiste de surcroît sur les difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux et propose de développer la mise en réseau des acteurs des champs sanitaires, sociaux et de coordonner les dispositifs.

c) Le PRAPS et la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

L'article 73 de la loi de lutte contre l'exclusion précise que le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et ce, dans une dynamique de réseaux.

Le médecin responsable de la Permanence d'Accès aux Soins et la Santé (PASS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de REIMS précise combien ce dispositif est mal connu du personnel médical et paramédical du CHU, et propose de mettre en place quelques réunions d'information. (28)

Les intervenants extérieurs se plaignent également d'un manque de lisibilité de la PASS et en ont mal identifié les acteurs, ce qui compromet d'autant le partenariat.

La mission locale rémoise avoue, pour toutes ces raisons, des difficultés à collaborer avec la PASS du CHU rémois.

d) Les contrats de ville, déclinaison du PRAPS à l'échelon local

Les contrats de ville peuvent être le lieu de rencontres de mondes et de cultures professionnelles qui ne vont pas naturellement l'un vers l'autre. Il en va ainsi du monde médical, social et psychiatrique.

Ces contrats doivent permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé de l'Etat.

Des contrats de ville ont été signés à Châlons, Reims, Epernay et Vitry-Le-François ; l'implication des collectivités est variable.

- **La ville de Reims :**

Alors que le *premier contrat* (1991-1994) avait une vocation culturelle, le deuxième (1995-2000) s'est articulé autour d'une thématique sociale, axée sur les publics en difficultés et l'illettrisme.

Le volet santé n'a volontairement abordé que le domaine de la prévention :

hygiène corporelle ou bucco-dentaire, qualité du sommeil et prévention de l'alcoolisme.

Les élus ont volontairement renvoyé le thème de la santé aux compétences de l'Etat, par crainte de créer des structures parallèles à ce que propose déjà l'hôpital ou la médecine de ville.

Cependant, grâce à ce *second contrat*, le Centre Communal d'Action Sociale de Reims (CCAS) a recruté un psychiatre, qui lui a permis d'intervenir dans la rue, au plus près des sujets en difficultés ; ces équipes mixtes travailleur social - psychiatre intervenant auprès des Sans Domicile Fixe de l'agglomération ont montré la pertinence du croisement entre ces deux logiques.

Dans le cadre du *troisième contrat*, le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place, au sein des Contrats de Ville, d'ateliers " santé-ville " qui visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS.

Ce troisième contrat de ville se veut beaucoup plus engagé vis à vis de la santé et affiche clairement cinq thèmes dont celui de la souffrance psychosociale.

Quelques réunions des groupes de travail " ateliers santé ville " rémois se sont déroulées, laissant entrevoir une volonté de partenariat autour de la prise en charge des démunis :

il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs du système de santé public ou privé.

Les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les missions locales.

Les ateliers "santé ville" s'appliquent à des territoires infra communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial.

Certains secteurs rémois souhaitent dans ce cadre réfléchir à la mise en place d'un réseau de manière à pouvoir évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité.

- **Châlons en Champagne, Vitry-Le –Francois, Epernay :**

Pour ces trois villes, les ateliers "santé ville" commencent à se réunir...

II. DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE, SYNTHESE ET ANALYSE DES ENTRETIENS ET ENQUETES REALISEES AUPRES DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN

A. METHODOLOGIE

Plusieurs étapes se sont succédées lors de la construction et la réalisation de ce travail, en commençant par la maturation du sujet de mémoire :

En mai 1999 est proposé un thème de travail par le maître de stage, « *Bilan du volet "psychiatrie" du SROS 1 dans le département de la MARNE* »

Ce thème paraît beaucoup trop vaste et imprécis, on se propose de le cerner d'avantage une fois sur le terrain.

Dès l'arrivée en stage s'élabore une réflexion à propos du thème de travail du mémoire. Certains documents internes tels le SROS de psychiatrie, le projet d'établissement de l'EPSDM, divers courriers émanant de travailleurs sociaux inquiets sur leurs conditions de travail, permettent de dégager progressivement du contexte local une problématique :

«*Comment organiser la participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psychosociale des populations adultes en situation de précarité*»

- En juillet, **quatorze entretiens semi-directifs** sont réalisés auprès de professionnels de terrain œuvrant dans les champs sanitaires et sociaux. Le maître de stage a préalablement validé ces choix. (annexe 10)

Les contacts téléphoniques ont été pris facilement ainsi que les rendez-vous ; les acteurs se sont montrés très coopérants et intéressés par la démarche.

Un **premier guide d'entretien** a été réalisé en début de stage. (annexe 9) Les questions initiales ont été parfois modifiées suite aux éléments de réponse apportés par les personnes interrogées.

Trois entretiens téléphoniques ont été également réalisés.

Les entretiens menés localement ont permis d'appréhender la problématique sous ses aspects les plus variés et de confronter la vision de terrain à celle de l'institution.

Ont été rencontrés :

-Cinq psychiatres de secteur psychiatriques marnais

-Deux travailleurs sociaux des Centres Communaux d'Action Sociale et de la Mission Locale de Reims

- Le médecin responsable de la Permanence d'Accès Aux Soins du centre hospitalier de Reims.
- Trois entretiens téléphoniques avec les services de différentes mairies du département dans le cadre de la mise en place des contrats de ville.
- Les deux conseillers techniques en travail social de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Marne.

Les expériences extra départementales éclairent la réflexion déjà menée par d'autres sur le problème de la souffrance psychosociale et sa prise en charge.

Ainsi ont été recueillis les témoignages :

- Du médecin inspecteur régional de lorraine qui a participé à la mise en place du volet psychiatrie du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de sa région.
- Du coordinateur de réseau "santé-social " de Mirecourt dans les Vosges
- Du Président de la Fédération Nationale des Associations de Réinsertion du Nord Pas de Calais. Il a participé à la mise en place d'un dispositif de psychiatrie de rue à Lille. (Diogène)
- D'un travailleur social du Secours Populaire de Lille.

Il a été également possible de trouver des renseignements complémentaires en participant :

- A un forum " psychiatrie et travail social" organisé par la FNARS et la Mission nationale d'Appui en Santé Mentale.
- et en suivant à Chalons en Champagne les réunions " bilan " du PRAPS.

Une lecture transversale de ces entretiens a été effectuée au fur et à mesure des thèmes abordés par le guide d'entretien, ce qui a permis une vision synthétique de la problématique ressentie.

- ***Parallèlement, une enquête est élaborée, validée par le maître de stage***

Les objectifs :

La nécessité de faire un état des lieux apparaît comme un préalable à toute option concernant l'évolution de l'organisation des soins ; l'enquête doit permettre d'identifier :

- Ce que représente actuellement l'activité de liaison du secteur psychiatrique au sein du secteur social
- Ses modalités d'intervention
- Si possible, faire ressortir les demandes de la population précarisée en matière de santé mentale,

- Le degré de satisfaction des professionnels et des usagers (si possible) vis à vis de la réponse apportée jusqu'à présent.
- Les souhaits des partenaires sanitaires et sociaux du département quant à la mise en place d'un réseau, et ce qu'ils en attendent
- Leurs propositions éventuelles.

Dimensions de l'enquête.

Les conditions de nombre de professionnels sanitaires et sociaux concernés et de temps ont nécessité de centrer cette enquête sur les principaux acteurs médicaux et sociaux de la santé mentale dans le département de la Marne :

- 8 questionnaires aux médecins chefs des secteurs de psychiatrie générale adulte.
- 22 questionnaires aux principaux acteurs sociaux de la précarité, en particulier : 5 CCAS, 7 CHRS, 1 foyer SONACOTRA, 2 centres d'hébergement d'urgence, 2 missions locales, associations caritatives représentatives : le Secours populaire et le Secours catholique, 1 PAIO, et une association de médecins généralistes bénévoles.

Afin d'obtenir une bonne représentativité, les personnes et structures enquêtées sont réparties sur l'ensemble du département.

Deux questionnaires sont réalisés, l'un destiné aux travailleurs sociaux, l'autre aux psychiatres chefs de secteurs.

Chacun comporte des questions à réponses ouvertes adaptées aux situations rencontrées par les professionnels concernés. (annexe 8)

Les questionnaires ont été adressés par la poste le 4 janvier 2001 accompagnés d'un courrier décrivant le contexte dans lequel se déroule l'enquête ainsi que sa finalité.

(annexe n°7)

6 réponses ont été retournées pour le 25 janvier 2001 ; une relance a été effectuée par téléphone le 29 janvier 2001. Au total, 13 questionnaires ont été renseignés en date du 25 02 2001, date de clôture de l'enquête. (45% de réponses).

B. ANALYSE

1. Les entretiens

a) La souffrance psychosociale est au cœur des préoccupations des secteurs de psychiatrie :

Tous les psychiatres se disent *sensibles à la détresse des travailleurs sociaux* et souhaitent leur venir en aide par l'intermédiaire de formation et de supervision. Ils souhaitent aussi qu'une véritable réciprocité de travail s'organise avec le monde social.

Cependant, les psychiatres de secteur sont partagés dans la volonté d'agir pour diverses raisons :

- *"Il nous faut de toute évidence prioriser nos actions parce que l'on ne peut tout faire au risque de se disperser "* annoncent les spécialistes rencontrés.
- *Les psychiatres marnais ne sont pas confrontés à un même visage de la pauvreté ou de la précarité selon leur type de secteur .*
 - Ainsi trouve-t-on d'avantage de Sans Domicile Fixe à Reims ou Châlons en Champagne, *secteurs urbains*, que dans le reste du département. Ils sont souvent dans la rue, fréquentent les hébergements d'urgence ou les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale mais leur nombre reste malgré tout limité ce qui permet de les connaître presque tous et d'établir un contact plus aisément.
 - La population précarisée des *secteurs ruraux*, plus isolés est surtout constituée de RMIstes, de jeunes en rupture familiale, ou de moins jeunes sans formation professionnelle ni emploi, et de personnes âgées .
On les rencontre dans les Commissions Locales d'Insertion, les Permanences d'Accès à l'Information et l'Orientation, les Points d'Ecoute, les Missions Locales.
Les structures d'accueil pour toxicomanes, où, hors du champ ambulatoire, les urgences des hôpitaux, sont également confrontées à la précarité.
- Bien que la souffrance psycho-sociale soit reconnue par l'ensemble des psychiatres, certains restent frileux quant à sa prise en charge eu égard *aux moyens dont ils disposent* . Ce manque de moyens humains et matériel à consacrer est souvent invoqué comme un obstacle important.

- Les équipes psychiatriques ont parfois privilégiés certains axes au sein de leur secteur : l'activité de leur CMP par exemple, ou pour d'autres *la gérontopsychiatrie*.

-En effet, il faudra naturellement des structures d'accueil et d'hébergement pour ce quatrième âge souffrant naturellement du fait de la sénescence de troubles divers du comportement, tels la désorientation ou la perte d'autonomie...

" Les services de long séjour ou les hôpitaux spécialisés en troubles mentaux ne peuvent être la solution univoque à la prise en charge de vieillards présentant des troubles du comportement.(1)"

Certains secteurs de l'Est marnais, déjà confrontés au phénomène du vieillissement de leur population réfléchissent à cette question de santé publique, frange indécise où le sanitaire se distingue difficilement du social.

- D'autres équipes de secteurs sont confrontées à la prise en charge des sorties psychiatriques insuffisamment préparées pour les personnes ayant besoin d'un hébergement social, tant au point de vue du suivi social, que du point de vue suivi thérapeutique : ces patients risquent en effet de glisser vers la précarité si l'on ne les aide pas sur le terrain à se réinsérer, parallèlement au suivi médical proposé par le CMP. Le principe de continuité des soins se résume parfois à un simple suivi effectué par les soignants du même secteur sans que soit garantie l'harmonisation ou l'articulation des démarches médicales et sociales.

Mais il ne faut pas oublier que l'image de la maladie mentale et du malade restent très négatives, et Michel Minard rappelle:

"L'angélisme, en effet, consisterait à croire que l'excellente société dans laquelle nous vivons est toute prête à accueillir les malades mentaux et qu'elle va, dans un immense élan d'altruisme joyeux mettre tout en œuvre pour qu'ils vivent bien intégrés"(23)

- On peut en approcher la situation tout aussi compliquée des *personnes incarcérées*, suivies par le Service Médical Pénitencière Régional, et qui sortent de prison confrontées au suivi médical des soins mentaux et à la réinsertion sociale à mener de front.
- Les psychiatres *ne souhaitent pas répondre à toutes les demandes* d'interventions formulées, selon eux à mauvais escient, par des professionnels du champ social désemparés. " la profession perd de son sens et de sa spécificité à force d'être trop souvent sollicitée " affirment-ils.

Ou encore : " Psychiatriser la société à outrance risque de dévoyer la psychiatrie

Pourtant l'idée de travail en réseau est évoquée par certains professionnels, en termes souvent assez flous, par manque de savoir faire ou de temps. D'autres psychiatres de secteurs se montrent franchement hostiles aux conventions qui leur semble trop "rigides", et préfèrent travailler de gré à gré, avec plus de souplesse autorisée dans la réponse, mais risque de " non réponse " tout de même.

b) Les travailleurs sociaux découragés, dans l'expectative.

Les travailleurs sociaux sont unanimes dans leurs réponses :

- La prise en charge de la souffrance psychique est un élément important de la réinsertion sociale, incluant par ailleurs logement, accès au droit commun, à l'emploi.

De ce fait, les travailleurs sociaux expriment tous leur découragement car ils ne se sentent guère épaulés par les équipes de secteur psychiatrique lors de leur exercice quotidien.

Ils regrettent aussi que la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ne s'implique pas d'avantage dans l'impulsion d'une politique de réseaux alors même que le PRAPS l'y engage.

Pourtant l'appui de conseillers techniques en travail social de la DDASS à permis d'ébaucher un réseau social auquel participe la Mission Locale rémoise.

Certains secteurs ont d'ailleurs souhaité reconstruire à l'identique ce réseau sans l'adapter aux particularités du contexte local rural, ce qui le voua à l'échec. C'est le cas de la Mission Locale de Sainte Menehould. Mal repérée dans la ville, la Mission Locale de Sainte Menehould n'a pu mener à bien son projet.

- Les structures sociales interrogées ne souhaitent pas disposer de leur propre psychiatre et se couper ainsi de l'équipe de secteur puisque le but est de ramener le sujet souffrant vers le CMP, s'il le souhaite et avec respect.

C'est un des principes suivi par le Centre Communal d'Action Social de Reims:

On l'a vu, le secteur psychiatrique ne possède pas une organisation adaptée à la vie des SDF, peu enclins à la rigueur des rendez-vous ou à patienter dans les salles d'attente des CMP.

Le psychiatre attaché au CCAS se rend au devant des Sans Domiciles Fixes en compagnie du travailleur social, dans la rue, afin de ramener les marginaux vers le CCAS et au mieux vers le CMP : 1/4 des SDF présentent en effet de réels troubles psychiatriques.

Compte tenu de la mobilité de ces personnes, l'équipe psychosociale du CCAS est plutôt rattachée à une population itinérante qu'à un quartier.

Le CCAS a passé convention avec le CMP du secteur auquel il est rattaché et suit socialement les sujets précarisés en sortie d'hospitalisation.

Le CCAS tisse un lien et devient une interface nécessaire.

Il est aussi référent auprès des structures caritatives ou d'hébergement d'urgence, là ne se trouvent pas d'autres professionnels de l'écoute.

Quelques réunions concernant un travail en partenariat de type réseau sont programmées sur l'initiative du CCAS rémois en particulier au sein des ateliers Santé Ville, mis en place dans le cadre des Contrats de ville.

2. Les résultats de l'enquête

10 questionnaires de travailleurs sociaux sur 22 (45%) ont été renvoyés ainsi que 4 réponses de psychiatres sur 9. (50 %)

Analyse des résultats de l'enquête réalisée auprès des travailleurs sociaux.

1) La part de la population accueillie dans ces structures sociales et présentant des signes de souffrance psychique varie de 15 à 75 %.

Elle est moins importante dans les secteurs ruraux (G 09 moins de 15 % ou Vitry le François, 30 %), elle plus importante à Châlons en Champagne (50 à 75 %) et à Reims.

La population concernée est constituée en particulier par des jeunes, parfois en situation post-carcérale, des toxicomanes à Reims ou des femmes dépressives à Vitry-le-François. Cette population est peu stable quant au suivi des soins et présente des problèmes matériels, financiers, peu de qualifications et des difficultés d'insertion dans le travail. La violence est souvent présente au sein de la famille, parfois depuis des générations. La formation dont est l'objet les travailleurs sociaux a amélioré la qualité de l'écoute.

2) Les dispositifs en place au sein des structures sociales sont variables

- Au sein des secteurs ruraux, les bénévoles du Secours populaire écoutent, réconfortent comme ils le peuvent, donnent des conseils et des astuces afin de jongler avec les difficultés du quotidien. Au CCAS de Châlons en Champagne, les travailleurs sociaux réorientent les personnes souffrantes vers le CMP ; malheureusement, il y a peu de retour

d'information de la part du secteur. Certains CHRS ne disposent d'aucun dispositif de prise en charge de la souffrance psychosociale. (Châlons en Champagne) alors que G 09 souhaite diminuer le nombre d'intervention par mois au CCAS de Montmirail (de 8 à 4 en raison du manque de fréquentation de ces « consultations » proposées par le CMP). Ce secteur à la plus petite file active.

Par contre, G 04 est particulièrement bien organisé et motivé face à une demande d'écoute croissante de la part de la population.

- Le dispositif est souvent constitué sous la forme de groupes de parole extérieurs à la structure associant éducateur et psychologue.

3) Les interventions de l'équipe de psychiatrie sont souvent régulières et s'échelonnent de 1 fois par semaine à 2 fois par mois, voire pas du tout pour G 08

4) Il n'y a pas d'intervention à la demande sauf pour G 04 bien rodé en la matière. Les CMP des autres secteurs souhaitent voire se déplacer les patients en leur sein.

5) A part G 04, il n'y a pas de réunions de supervision organisées, en revanche, elles sont souhaitées ; Il existe par contre des échanges informels. Ces réunions de supervision pourraient servir à prendre du recul par rapport aux problèmes rencontrés, proposer une dynamique de réflexion, se former.

6) Il est difficile de quantifier l'augmentation de la demande provenant de la population car elle n'est pas toujours exprimée ; la constitution de dossiers administratifs est souvent un prétexte qui permet de proposer la consultation. G 09 ne présente pas de demandes supplémentaires.

7) Aucun des travailleurs sociaux ayant répondu à l'enquête ne fait état de conventions déjà signées. Pourtant, les demandes viennent du terrain mais ne sont pas toujours suivies de retour de la part des secteurs peu enclins à s'engager ; selon les professionnels du champ social

8) Les travailleurs sociaux désirent signer des conventions avec le secteur psychiatrique afin de donner compétence, reconnaissance à leur structure sociale en tant que lieu de prise en charge.

Les bénévoles du secours Populaire de Vitry-le-François sont amers et précisent que « même les généraliste ne vient pas consulter au sein de leur structure. »

Convention sera passée enter le CCAS de Vitry et le département dans le cadre du RMI.

9) La mise en place d'un réseau est souhaitée par tous car il assurerait la proximité vis à vis de la population démunie. Le réseau est envisagé comme un lieu d'échanges entre professionnels et usagers et permettrait une prise en charge globale de l'individu car aux nombreux problèmes sociaux font écho les conduites addictives.

Le psychiatre est un tiers qui doit assurer un rôle de supervision et de formation.

Le réseau ne doit pas créer de filière ségrégative.

10) Tous veulent participer à ce réseau surtout à Reims où le problème des populations précarisées est le plus présent ; la Mission Locale précise travailler en réseau depuis longtemps avec ses partenaires.

11) Les partenaires pressentis par les travailleurs sociaux pour entrer dans la constitution d'un réseau sont :

Les services sociaux, les structures de prise en charge des toxicomanes (CAST), les CCAS, les clubs de prévention et associations caritatives, les tuteurs, les Mission Locales, les établissements scolaires l'Agence Nationale Pour l'Emploi, la DDASS et bien sûr, la psychiatrie de secteur et ses équipes de rue, le CMP, les médecins libéraux, l'EPSDM, les CHRS, les hôpitaux.

<p>Analyse des résultats de l'enquête réalisée auprès des psychiatres.</p>

1)

- **La santé mentale des personnes âgées** paraît la plus préoccupante au sein du secteur G 02 pauvre et vieillissant, surtout à Sainte -Menehould

Ce secteur comporte d'ailleurs 654 lits de maison de retraite avec lesquelles il a passé conventions. La gérontopsychiatrie est la priorité.

Le secteur G04 a lui aussi passé convention avec une maison de retraite des environs de Reims.

Néanmoins, les autres médecins interrogés soulignent **le problème posé par les populations précarisées et les jeunes adultes** (surtout à Reims), caractérisés par :

-Une faible capacité à demander des soins ce qui ne leur permet pas d'accéder aux structures de soins alors que les autres populations voient leurs difficultés repérées et en voie de résolution.

-Une discontinuité fréquente dans les prises en charge, en particulier après une hospitalisation, un support familial fragilisé ou inexistant, des pathologies sévères et multiples en particulier des troubles graves de la personnalité, psychotiques, et un alcoolisme omniprésent

- Selon certains psychiatres rémois, Il est à remarquer une résistance des autres secteurs à l'égard de la prise en charge des populations précarisées.

2)

- ***Pourtant, il paraît souhaitable à tous que les équipes de psychiatrie de secteur interviennent au sein des structures à caractère social*** afin d'aider à la prise en charge des personnes démunies, car le plus souvent, la demande de soins émerge grâce au travailleur social. qui ressent et met en mots la souffrance psychique des exclus Les buts de ces interventions sont multiples et consistent à prendre contact avec les populations concernées, à sensibiliser le personnel de ces structures et l'aider à gérer des relations souvent difficiles.

C'est toute l'importance d'un travail de supervision : G 04 entretient des liens continus avec les équipes de la Mission Locale et du CCAS de REIMS, la PAIO et la circonscription sociale.

Il est souligné la nécessité de créer des ponts entre des structures à mission et à fonctionnement différents. Les personnes en situation de précarité ou d'exclusion n'ont pas la possibilité interne de créer des représentations psychiques reliant des intervenants différents. Si les professionnels ne créent pas des liens organiques, les exclus ne peuvent articuler et hiérarchiser les différentes offres de prise en charge

- Malgré cette conviction, les secteurs les moins dotés sont prêts à renoncer à intervenir au sein des structures sociales en raison d'un manque de moyens.

3)

- ***Les équipes de secteur proposent parfois des interventions au sein d'une ou plusieurs structures sociales***, de Centre d'Aide par le Travail ou de maison de retraite (en particulier pour G 02). de type supervision ou permanence pour la population

Dans le soucis d'éviter de créer une filière ségrégative, les psychiatres insistent sur le fait de bien relier la structure sociale au CMP afin d'assurer une circulation de la population précarisée au sein du secteur.

- Le secteur du CHU de Reims propose l'initiative d'un dossier médical partagé et de télé expertise via INTERNET (réseau ADDICA)

4)

- A l'unanimité, les psychiatres répondent ***vouloir renforcer la coopération avec les travailleurs sociaux*** afin d'améliorer la prise en charge de la souffrance psychosociale des populations précarisées. L'intérêt du travail et sa pertinence invite à continuer malgré le manque de moyens tant en locaux qu'en personnel d'autant que la demande des structures sociales est forte.

5)

- ***Le travail en partenariat formalisé de type réseau pourrait, améliorer la prise en charge des populations précarisées*** souffrant de troubles psychiques même si le terme sonne pour certains comme une formule magique et à la mode.

Il est fait remarqué que chaque secteur est depuis toujours en relation avec les structures sociales : ce type de travail nommé « réseau » n'a rien de nouveau.

- Tous les psychiatres posent comme préalable le fait de constituer un réseau entre personnes qui ont envie de travailler en partenariat, sous peine de courir à l'échec, car les résultats dépendent avant tout de la qualité de chaque intervenant.

La prise en charge des exclus nécessite une coopération active car ils font penser leur vie par autrui mais si cet autrui est morcelé, le morcellement psychique des exclus n'en sera qu'augmenté.

- Par ailleurs, les problèmes de santé, logement, travail, culture interfèrent et compliquent le processus de prise en charge.

6) Pour ce qui concerne la participation à un réseau :

- G 02 très concerné par les personnes âgées, souhaite développer un réseau lié à la gérontopsychiatrie gravitant autour de quatre thèmes : Démence, Dépistage, Diagnostic, Décision. (Les quatre « D »)
- Les secteurs rémois ont déjà le sentiment de travailler en réseau et souhaitent que ce travail soit partagé avec les autres secteurs afin que les patients, après un premier temps de prise en charge « intersectorielle » obligée, soient progressivement re-sectorisés. Ils craignent aussi une surcharge de travail peu compatible avec les moyens dont ils disposent.
- Le désir de ne pas psychiatriser à outrance est clairement énoncé car on s'accorde à penser que les soins psychiques sont nécessaires mais pas de façon exclusive ; Il faut qu'il y ait présence des acteurs de santé psychiatrique dans la conception des prises en charge afin qu'elles soient génératrices de santé psychique.

7)

Les meilleurs partenaires pressentis pour ce travail en réseau sont ceux qui se sentent concernés par une personne en état de souffrance psychologique et sociale

- On cite régulièrement les travailleurs sociaux des Missions Locales et CCAS en prise avec la réalité du terrain, les autres équipes de psychiatrie qu'il s'agit de sensibiliser, les médecins traitants et les gériatres.
- Le secteur du CHU rémois, avec le concours du service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et le soutien de l'Armé du salut a mis en place un groupe de travail aidé d'une coordination afin de constituer un réseau. La liste des partenaires est vaste allant des soignants aux travailleurs sociaux en passant par les associations caritatives, la municipalité, les tutelles....

8) D'autres propositions concernant la prise en charge de la souffrance psychosociale
Elles rejoignent les préoccupations des chefs de secteur :

- Il faudrait des mesures incitatives afin d'accroître la cohérence du travail déjà en cours et d'éviter de créer un dispositif ségrégatif.
- Il convient de ne pas négliger l'importance de l'articulation entre le premier accueil intersectoriel, temps d'analyse de la situation, et la suite de la prise en charge car il ne serait pas souhaitable qu'une seule équipe suive au long cours toutes les personnes précarisées d'une agglomération et aboutisse à une filière pour démunis.
- Les moyens devraient être attribués en fonction de critères à définir : les points ISA sont cités, ainsi que l'importance de la file active ou niveau de vie de la population au sein d'un secteur donné.

En résumé, on constate une sensibilité des psychiatres de secteurs au problème de la souffrance psychosociale, même si elle n'est pas toujours la première de leurs préoccupations. Les travailleurs sociaux sont unanimes et souhaitent une participation plus active du secteur sous forme de supervision et de formation.

-Les bénévoles sont encore plus désarmés face à la souffrance psychosociale, surtout en milieu rural et se sentent parfois mis à l'écart par le secteur psychiatrique. Ils mettent en exergue de réels problèmes de communication et doutent de la qualité des échanges avec les médecins qui leur opposent le secret médical... -

On note à ce propos une hétérogénéité de la qualité de ces échanges, de la formation de l'information et de la formalisation souvent proportionnelle au dynamisme de l'équipe de secteur rattachée.

L'idée de mettre en place un réseau est partagée en veillant particulièrement aux rôles que chacun devra y tenir. Travailleurs sociaux et psychiatres souhaitent faire appel aux mêmes partenaires potentiels.

La dimension du réseau n'est jamais définie avec précision, par contre les objectifs des acteurs sociaux et sanitaires sont identiques même si les besoins ne sont pas exactement les mêmes en ville et en campagne en raison des populations différentes.

La question sensible des moyens et de leur attribution est évoquée de façon récurrente par les psychiatres de secteur et conditionne la réalisation des actions à venir y compris, pour certain, leurs interventions dans le champ social.

III. TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS

Comment améliorer la participation de la psychiatrie de secteur dans la prise en charge de la souffrance psychosociale des plus démunis, dans le département de la Marne ?

G MASSE de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale pose comme condition préalable que les établissements psychiatriques doivent avant tout se mobiliser, et pour certains, cesser de se cantonner à "d'inutiles activités qui ne font que narcissiser les médecins".

Olivier QUEROUIL ajoute : « Il y a un peu le sentiment que les initiatives sont souvent prises par des équipes qui avaient déjà entrepris depuis bien longtemps une démarche de diversification de leurs pratiques. Mais dans bien des endroits, une certaine inertie institutionnelle reste assez présente. »

A. DES LOGIQUES DE FONCTIONNEMENT DIFFERENTES

1. Trois niveaux d'intervention combinés

➤ Ainsi que le fait remarquer J.F. BAUDURET, chargé de mission auprès du directeur de l'Action Sociale (6) on ne peut pas proposer un même dispositif de prise en charge :

- **au grand marginal** qui ne sollicite aucune aide et qui pourtant présente des troubles psychiques parfois importants.

- **à l'adolescent** au carrefour de problèmes sociaux, familiaux, professionnels auxquels s'ajoutent parfois conduites addictives ou délinquance et qui refuse souvent toute aide psychologique.

- **au RMiste** victime de troubles psychiques, mais motivé pour réussir son parcours d'insertion.

Aussi, trois niveaux d'intervention fonctionnant en réseau pourraient utilement se coordonner et concourir au maillage du territoire. C'est ce que propose Jean-Pierre Martin au sein du premier secteur de la ville de Paris (22)

- **Le niveau 1.**

Il convient de développer la psychiatrie de rue à l'image de ce qui existe dans l'Aube (Association CADORRE) ou à Lille (Equipe mobile santé mentale et précarité, baptisée DIOGENE⁵).

C'est ce qui se fait déjà par l'intermédiaire du psychiatre présent au CCAS de REIMS, en direction du public SDF et qui pourrait se développer :

Le but est d'amener la personne marginalisée, qui ne se rendrait pas spontanément au CMP ou ne pourrait pas être suivie à domicile faute de logement ou de personnel disponible en secteur, à ne pas fuir d'emblée le contact et peut-être prendre pied au sein d'une structure de niveau "deux."

Malheureusement le petit nombre de psychiatres marnais semble peu disponible pour ce type d'intervention et les autres villes du département comptent peu SDF, souvent tous bien identifiés par les structures sociales déjà en place

.

- **Le niveau 2**

Des consultations avancées spécialisées peuvent se tenir régulièrement ou être proposées à la demande par les équipes de secteur psychiatrique dans un cadre formalisé, ancré dans la cité, comme les espaces santé des Missions Locales, les structures d'hébergement temporaire ou d'urgence, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les CLI, les associations caritatives.

La demande de soin se construit, le but étant l'orientation vers une structure de niveau "trois", si la personne le souhaite.

Ce second niveau permet de fidéliser le patient, faisant espérer une meilleure continuité des soins.

C'est ce que propose la Mission Locale rémoise à son public d'adultes jeunes et d'adolescents en difficultés.

- **Le niveau 3**

On y retrouve les lieux de soin plus traditionnels telles le CMP ou l'hôpital.

⁵ DIOGENE, 21 bis rue Ampère, Lambersart
59 130 Lille.

Un niveau peut être plus développé qu'un autre ; il convient de garder à l'esprit les particularités géographiques, historiques et économiques de chaque secteur marnais.

La circulaire de mars 1990 souligne à ce propos :

"S'il paraît opportun de respecter une diversité, résultat de nombreux facteurs (configuration des secteurs, caractéristiques des populations desservies, identité des équipes et des établissements) gage d'évolutivité, il est nécessaire de combler les carences.

Il convient d'éviter deux écueils opposés : certaines équipes ont tendance à souhaiter s'équiper comme leur voisins(...). Il faut veiller à ne pas se laisser développer ce type d'égalitarisme non fondé sur le réel besoin de la population et inversement, veiller à ce qu'il n'y ait pas d'inégalités pour l'accès aux soins de la population d'un secteur à l'autre".

Des conventions peuvent être passées utilement entre ces trois niveaux. A propos de la formalisation Gérard Massé est catégorique : elle s'impose, bien que certains psychiatres restent frileux à cet égard. Pourtant, les relations informelles sont trop souvent chargées d'affects pour fonctionner en constante qualité et se pérenniser

Le contrat, la charte, la convention peuvent constituer les étapes successives d'une formalisation.

Il approuve ce dernier type de contractualisation avec le secteur et insiste: " La convention est la prise en compte d'un état donné. Elle ne doit pas être une façade, ni bloquer l'évolution des actions. C'est une obligation de continuité de soins centrée sur le patient "

Il condamne vivement les "conventions d'intention", inutiles et inapplicables.

2. Le fonctionnement en réseau : une nouvelle logique d'organisation des soins en santé mentale ?

Un psychiatre marnais a déjà une expérience de travail en réseau, alors qu'il exerçait à Fourmies dans la région du Nord.⁶ (9) Il explique en quoi la mise en place d'un tel dispositif pourrait être bénéfique à la prise en charge de la santé mentale des exclus :

« Plus l'individu est gravement exclu, plus le nombre d'institutions dont il dépend est grand, plus sa situation devient complexe, alors que sa capacité à gérer la complexité diminue.

Dans son incapacité à organiser les choses dans le temps, l'exclu se présente avec son esprit morcelé et tombe dans la complexité et la contradiction du système d'aide. On lui

⁶ Réseau santé pour tous. Service social de la CRAM
59 607 Maubeuge.

demande de faire du lien entre les intervenants, alors qu'il ne peut générer que du clivage et de la méfiance.

L'exclu est confirmé dans l'idée qu'il vaut mieux ne rien attendre pour ne pas être confronté à de nouvelles déceptions.

Le contentieux entre lui et le corps social ne saurait être résolu par une personne seule ou une institution isolée ; à la fragmentation de la conscience de l'exclu doit répondre la capacité des intervenants à relier.

C'est dans leur capacité à créer du lien, de la cohérence, de la souplesse, de la continuité que peut se modifier la dynamique du système excluant »

- **Définition du réseau :**

Les premiers réseaux date de la fin des années 1970 et ont progressivement évolué vers un transprofessionnalisme associant médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, voire enseignants ou magistrats.

La nouvelle loi sur la modernisation du système de santé propose une définition des réseaux de santé, notamment des réseaux de soins qui ont pour objet "de favoriser l'accessibilité, la coordination et la continuité des prises en charge sanitaires, en particulier celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils mènent des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services ou de leurs prestations.

Ils sont constitués entre des professionnels libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou des organismes à vocation sanitaire ou sociale".

Le réseau doit répondre à une somme d'exigences et non pas la simple formalisation d'une entente entre acteurs concernés par une même pathologie. (8)

L'objectif d'un fonctionnement en réseau est bien de repenser les liens entre les différents professionnels de santé plus que les pratiques de soins elles - mêmes.

En effet, si une entente préalable sur les prises en charge s'impose aux différents partenaires, l'objectif du réseau est bien d'obtenir un consensus sur la place respective de chacun des intervenants dans le parcours évolutif et thérapeutique du patient.

De l'adoption de ce consensus dépend l'existence même du réseau (17)

- **Typologie des réseaux : (19)**

La circulaire n° 99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux émanant des quatre directions du ministère de l'emploi et de la solidarité propose une typologie pragmatique simple :

Aux deux extrémités de l'éventail se trouvent :

- **les réseaux inter établissements** de l'ordonnance 96-346 portant réforme hospitalière, très structurés, soumis à convention agréée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, à accréditation, et qui devront utiliser le PMSI.
- A l'autre bout, **les réseaux "Soubie"**, expérimentations tarifaires relevant d'un agrément ministériel et soumis à une évaluation médico- économique .

Entre les deux, les réseaux existant appartiennent à deux catégories :

-La plus ancienne et qui continue à se développer concerne les réseaux de **santé de proximité** nés souvent de la précarité, des personnes âgées ou des populations à risque.

Le réseau en couvre les pathologies les plus lourdes ou les plus chroniques.

Nés du terrain, ces réseaux se moulent sur les réalités locales tant en fait de contraintes que d'opportunités.

-Les **réseaux monothématiques** de référence scientifique et de formation des professionnels de premier niveau, comme c'est le cas des réseaux douleur, soins palliatifs, cancer, diabète, maladies rares.

Ils ont vocation à s'articuler avec les réseaux de proximité.

- **la mise en place d'un réseau autour de la précarité, les objectifs :**

- idéalement, permettre à l'usager de prendre sa place en le mettant au centre des préoccupations du réseau ce qui suppose de pouvoir le laisser s'exprimer mais aussi l'entendre et l'écouter.

- s'appuyer sur un groupe de professionnels sanitaires et sociaux pour faire face au désarroi que provoquent les situations de crise et mutualiser leurs compétences. Ce que chaque intervenant vivait en terme d'émotion, de ressenti, d'actions ponctuelles, peut au sein d'un réseau, commencer à se penser, s'organiser se présenter dans une culture commune et donner lieu à des plans d'action structurés.

Il est à noter que les projets « réseaux de santé de proximité » sont soutenus par le plan "santé ville" dans le cadre des contrats de ville établis par le département de la Marne.

- dépister les incohérences, les contradictions auxquelles l'exclu est confronté,

- concevoir les prises en charge des individus précarisés de façon souple, adaptée et durable,

- faire remonter vers le décideur des informations pertinentes.

- **Quelques " ingrédients " indispensables au bon fonctionnement d'un réseau :**

Le professeur François GREMY, professeur de santé publique propose les points suivants, nécessaires selon lui au bon fonctionnement d'un réseau : (16)

1) Un groupe d'objectifs bien définis en terme de résultats et de procédure,

2) Une population et un territoire eux aussi bien définis,

3) Une prise en charge globale des patients associant :

Une prise en compte des besoins somatiques, psychiques et sociaux, des actions de prévention, de soins curatifs et de réhabilitation.

4) Il semble important que chaque patient ait **un référent** dans le réseau, chargé du suivi et de la coordination de sa trajectoire.

5) Les membres du réseau n'appartiennent à ce réseau que sur la base du **volontariat**.

6) Le réseau doit faire travailler **en partenariat** toutes les catégories de professionnels nécessaires pour la réalisation de la prise en charge globale des patients telle que définie ci-dessus.

7) Les partenariats doivent concerner des **établissements ou des institutions, mais aussi des décideurs**.

8) Chaque partenaire doit connaître **les limites** de ses propres compétences, sans liens hiérarchiques. **La coordination** entre les partenaires peut être spécifiquement effectuée par des personnes ou des instances chargées de cette tâche, si le réseau est important.

9) Le réseau doit être organisé au moyen de **conventions ou contrats** entre les différents partenaires, ceux-ci ne les engageant que pour un temps limité et dont le renouvellement n'est pas automatique.

10) Le financement du réseau doit être envisagé avec stratégie. « Sa recherche répond à un objectif économique et à des impératifs de communication avec les institutions : on informe de manière beaucoup plus convaincante un organisme dont on veut retirer un financement. »(19)

Un cahier des charges est parfois imposé selon le type de financement envisagé.

- **Les outils à mettre en œuvre**, selon Pierre Larcher de la Direction Générale de la Santé

(19)

- *La formation continue* proposée à l'ensemble des acteurs du réseau, transdisciplinaire et transprofessionnelle, afin que chacun soit meilleur dans son rôle tout en sachant utiliser au mieux les compétences des autres.

- *La communication* entre les membres du réseau mais aussi à l'extérieur, avec en particulier le public, les patients, et les institutions environnantes.

- *la charte des droits et des devoirs* des membres du réseau entre eux et vis à vis des patients est la clef de voûte du réseau puisqu'elle en définit les grands objectifs ainsi que les droits et les devoirs de ses membres. Cet outil est révisable périodiquement.

- *L'évaluation*, souvent le parent pauvre est pourtant l'outil le plus important pour accélérer la maturation des membres du réseau et leur permettre de prendre du recul par rapport aux préoccupations quotidiennes. Il faut évidemment pour ce faire que ce ne soit pas une évaluation externe, mais une auto-évaluation, accompagnée parce qu'il faut des techniques qui ne s'inventent pas, et continue pour ne pas faire avancer le réseau par à-coups.

- **Quelques exemples de réseaux.**

- ***La Mission Locale de Reims :***

La Mission Locale de REIMS s'est implantée en 1982 afin de répondre au besoin de prise en charge globale des jeunes de 16 à 25 ans.

Cette structure se veut proche d'eux géographiquement, bien identifiée et leur propose une aide en matière d'accès à l'emploi, à la formation, à la santé, au sport ou à l'hébergement.

Depuis 1993 elle met à leur disposition un " espace santé " où 32 % des jeunes reçus expriment leur mal-être quotidien.

On y parle aussi prévention, couverture sociale et accès aux soins.

Tout nouveau venu peut visiter la Mission Locale. Chaque membre de l'équipe se présente alors à lui ; le maître mot est la communication, en particulier au sein de l'équipe.

La Mission Locale a signé des conventions avec de multiples partenaires techniques et financiers, répondant à un cahier des charges précis.

En matière de santé mentale, une équipe de secteur associant psychiatre, psychologues et infirmiers psychiatriques propose une permanence hebdomadaire, où l'écoute est le temps fort. Le but est de ramener progressivement le jeune vers le CMP ; une fiche de liaison Mission Locale/ secteur est instituée.

Une supervision hebdomadaire est assurée par un psychiatre et analyse les problèmes rencontrés avec les jeunes. Une supervision mensuelle fait le point sur les rapports entretenus avec les partenaires.

L'espace santé s'est organisé en réseau formalisé avec ses partenaires(CPAM, certains médecins généralistes ; les réseaux "SIDA" et "toxicomanie" rémois.) Ils communiquent nommément, échangent régulièrement sur des thématiques différentes et n'hésitent pas à se critiquer de façon ouverte et constructive.

Le jeune, écouté et respecté, est au centre du dispositif, acteur à part entière, mais seulement s'il le désire.

Personne ne souhaite tirer de gloire ou de profit personnel ce qui permet au réseau de fonctionner sainement même en l'absence de l'un de ses membres.

- Le réseau " santé-social " de Mirecourt dans les Vosges :

Ce dispositif impliquant le Centre Hospitalier Spécialisé de Ravenel s'est mis en place suite à une demande d'aide des CHRS adressée aux psychiatres.

Conventions furent passées avec six CHRS, un CMP et trois points d'écoute jeunes. Mais le coordinateur fait remarquer que le projet de réseau n'est pas né de la concertation des futurs partenaires, de rencontres ou de groupes de travail.

Ce manque de concertation est peut-être à l'origine du manque de reconnaissance par les partenaires.

La charte du réseau "santé social" a été signée par ses différents membres en juin 1998.

En juin 1999 s'est parallèlement développé un second réseau "santé-population", sollicitant les mêmes acteurs ce qui fut source de confusion vis à vis des partenaires extérieurs, de rivalités et d'incohérence entre les objectifs des deux réseaux.

On note l'importance de bien individualiser chaque réseau, de clarifier ses missions ce qui est gage de lisibilité, d'acceptabilité par les partenaires donc de viabilité.

Le réseau s'est mis en place dans un contexte particulier puisque l'établissement public de santé mentale Ravenel a été l'objet d'une enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en raison de problèmes internes, contribuant à donner une mauvaise image de cet établissement, membre du réseau.

A Mirecourt les membres du réseau ont continué à travailler individuellement, hors du cadre du réseau, malgré la Charte signée.

Le coordonnateur du réseau travaille aussi à l'hôpital Ravenel et pose la question de sa légitimité en tête de réseau : on le considère à tort comme un "chef "représentant le pouvoir

de l'établissement spécialisé, ce qui est source de jalousies ou de passivité des acteurs du réseau face à certaines situations compliquées.

Sa situation professionnelle de travailleur social au passé de cadre infirmier ne le pose pas, selon lui comme l'interlocuteur idéal des psychiatres.

Le coordinateur n'est épaulé par aucune institution, ne bénéficie pas d'aide technique en santé publique et ne dispose pas de référent institutionnel.

Le coordinateur soulève aussi la question de l'évaluation des conventions qui mériteraient d'être révisées en insistant d'avantage sur la réciprocité du travail entre monde social et équipes de secteur psychiatrique.

Le réseau santé souhaitait pourtant élaborer une démarche de santé publique structurée où chaque acteur puisse trouver sa place, usagers, professionnels du domaine sanitaire, médico-social et social.

Au travers de cet exemple s'illustre parfaitement la difficulté de mettre en place et de faire vivre un réseau, au-delà des seules bonnes intentions de chacun.

*En résumé, cette ouverture du champ d'action, **de la lutte contre les maladies mentales à la notion de santé mentale**, implique d'associer aux spécialistes et professionnels de santé d'autres acteurs, d'envisager des formes de partenariat avec les collectivités territoriales et les associations et de développer information et concertation.*

« Des collaborations réussies sont possibles. Elles débutent souvent par la bonne volonté de quelques individus. Les textes viennent ensuite pour consolider ces collaborations, pour conceptualiser, pour engager les institutions au-delà des individus. Des modalités d'évaluation et de régulations sont indispensables pour éviter usure, routine et effets pervers éventuels » (7)

B. RENFORCER LES MOYENS MATERIELS ET HUMAINS

1. Recruter des psychologues et des médecins généralistes

L'augmentation des demandes et leur nature impose d'envisager une implication plus importante des autres partenaires de santé ou l'intervention d'autres acteurs que les seuls psychiatres dans la prise en charge des troubles psychiques, d'autant que le nombre de psychiatres diminuera dans les années futures. Edouard Zarifian, professeur de psychiatrie déplore "la méconnaissance complète des spécificités des psychologues et de leurs compétences (...) alors que les travailleurs sociaux et les psychologues sont les gens dont

on a le plus besoin sur le terrain pour résoudre les problèmes croissants auxquels nous sommes confrontés."(5)

Néanmoins, certains psychiatres marnais opposent le fait que les troubles psychiatriques sont parfois liés à une cause somatique ; les psychologues qui n'ont, bien sûr, pas de formation médicale, ne sont pas en mesure d'appréhender la situation pathologique dans sa globalité. Aussi quelques psychiatres marnais ont-ils envisagé la possibilité de faire intervenir au sein de l'équipe de secteur, des médecins généralistes qui pourraient bénéficier d'une formation en psychologie.

2. Améliorer la connaissance réciproque des dispositifs sociaux et psychiatriques

Afin de renforcer l'information dans la Marne, on pourrait inviter les acteurs de la santé mentale et de la précarité à se côtoyer plus souvent, à l'image des multiples rencontres psychosociales organisées à Caen en 2001 ou en d'autres régions (Paris, Versailles, Lyon, Rouen...)

Certains médecins chefs de secteurs marnais envisagent des réunions d'information, la distribution de plaquettes explicatives à l'intention des structures sociales, des médecins libéraux, des professionnels et non professionnels agissant dans le champ de la santé mentale ou concernés par lui.

Ceci permettrait de valoriser l'ensemble des ressources relatives à la santé mentale ainsi que le précise la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Des formations communes sanitaires et sociales pourraient être mises en place, ainsi que le propose déjà la FNARS :

Des cadres infirmiers membres d'équipes psychiatriques, ou pas, sont envoyés " sur le terrain " par la FNARS, au contact des éducateurs.

Par delà leurs citadelles ils ont pu apprécier toute la richesse de leurs professions respectives et la communauté de leurs outils « il faut travailler avec le sens clinique des intervenants sociaux » fait-on remarquer parmi les médecins.

L'Institut Régional des Travailleurs Sociaux de Lille sensibilise les étudiants en formation à la souffrance psychique des populations en situation de précarité.

On pourrait en espérer autant auprès des médecins en formation et des psychiatres en particulier. La FNARS a lancé par ailleurs lancé un appel à projet auprès des DRASS en vue d'améliorer la formation des acteurs de terrain.

C. AUTRES PISTES DE LUTTE CONTRE LA SOUFFRANCE MENTALE, A L'ECHELON NATIONAL

1. Redéfinir les champs de compétence de chacun des acteurs

La Direction Générale de la Santé et le bureau SD6C, santé mentale, sont particulièrement préoccupées par la santé mentale des démunis et les problèmes auxquels se heurtent les secteurs de psychiatrie dans le cadre de leur prise en charge.

Ils souhaitent pouvoir redéfinir les champs de compétence de chacun des acteurs, élargir ce champ par le biais d'une formation professionnelle de qualité, tout en veillant à ce que chacun conserve sa spécificité et sa place au sein d'une véritable équipe.

Ils étudient en fonction de "thèmes traceurs" le partenariat idéal dont le patient est en droit de bénéficier à chaque étape de sa vie de malade : prévention, urgences, soins ; réadaptation, réinsertion.

Un des thèmes traceurs est la souffrance socialement induite.

A cet effet, la DGS a mis en place un groupe de travail nommé "groupe métiers" auquel participent de nombreux acteurs de terrain dont des psychiatres, travailleurs sociaux, médecins généralistes, infirmiers, psychologues libéraux etc...

La DGS souhaite également qu'une compétence en santé publique soit instituée au sein de chaque secteur de psychiatrie afin de les sensibiliser au mieux aux préoccupations de santé publique que décrit entre autre la circulaire de mars 1990, à savoir la santé mentale des personnes âgées, des populations démunies.

Partant du principe que la culture de santé publique n'est pas innée, la DGS voudrait proposer une formation en ce domaine à toute personne du secteur de psychiatrie qui souhaiterait porter cette compétence. (14)

2. Se préoccuper d'avantage de la prévention

La prévention en direction des personnes âgées

Elle est à renforcer en direction des personnes âgées, à plus forte raison quand elles sont en situation de précarité, en raison de leur particulière vulnérabilité liée à une santé mentale parfois déficiente.

Le vieillissement de la population en fait un problème de santé publique croissant, et à moyen terme prévalent.

CONCLUSION

Le combat contre la précarité a bénéficié de l'effet "levier" impulsé par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Grâce à elle, les départements ont mis en place des Programmes Régionaux d'Accès à la prévention et aux Soins, auxquels font écho de nombreux Contrats de Ville.

Dans la Marne, le volet psychiatrie du SROS 1 ébauche quelques actions en direction de la santé mentale et des souffrances psychiques présentées par les populations précarisées...

Ces nouveaux outils, fruits d'une réflexion collective, sont à la disposition des acteurs sociaux, médicaux, associatifs et institutionnels du département, mais leur utilisation se heurte à un problème régulièrement évoqué surtout par les secteurs psychiatriques : le manque de moyens humains et matériel.

Aussi la perspective d'interventions spécialisées dans le champ social ne fait-elle pas l'unanimité, d'autant qu'on lui associe, à juste titre, la nécessité d'une déclinaison "sectorielle" des actions à mener fonction des caractéristiques socio-démographiques reconnues sur le terrain.

L'analyse menée au long de ce travail fait ressortir combien la volonté des professionnels sociaux associée à celle du monde associatif a déjà permis de tisser une toile, souvent non formalisée, autour de la souffrance socialement induite, avant l'avènement du concept de "réseau", aujourd'hui présent dans tous les discours.

Ce désir, voire cette obligation de partenariat passe d'abord par un souci de communication et de transversalité partagée.

Equipes de secteur psychiatriques et professionnels du monde social, soutenus par les institutions départementales, doivent passer outre les conflits de compétence ou d'intérêt et recouvrer une vision de santé publique qui place l'individu dans la société.

La prise en charge de la souffrance psychosociale ne peut rester lettre morte dans le département de la Marne. Alors même que le contexte socio-économique semble plus favorable et affiche un discret recul du chômage, l'avertissement du Haut Comité de Santé Publique vaut toujours :

Négliger la santé mentale des populations déjà victimes de la précarité ne peut que contribuer à aggraver la menace qui pèse sur le cohésion sociale.

Aussi convient-il de soutenir les expériences existantes, de considérer et de favoriser toutes les initiatives susceptibles de donner de l'élan à la prise en charge conjointe, équipes de secteur, professionnels sociaux, de la souffrance psychique socialement induite.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

(1) ASSOCIATION NATIONALE DES PRESIDENTS ET VICE-PRESIDENTS DES COMMISSIONS MEDICALES D'ETABLISSEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS DE PSYCHIATRIE " De la psychiatrie", NANTES, Bulletins d'information spécialisés, 1994

(2) BARREYRE JY " L'articulation du sanitaire et du social", in, Sanitaire social des filières aux réseaux, BUC, BUC ressources, 1999, p 49 à p 57

(3) BAUDURET.JF " L'explicitation des concepts de filière et de réseau et leur application au champ social et au champ de la santé mentale" in AUTEURS, Sanitaire social des filières aux réseaux, BUC, BUC ressources, 1999, p 13 à p 27

(4) HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE" La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé", Rennes, ENSP Editeur, 1998

(5) ZARIFIAN E "Souffrance mentale et souffrance sociale", in Sanitaire Social des filières aux réseaux, BUC, BUC ressources, 1999, p 27à p 33

ARTICLES

(6) BAUDURET JF " La psychiatrie, une discipline au carrefour du sanitaire et du social", Gestion hospitalière, 1997.

(7) BELMANT P « L'articulation du soin psychiatrique et du soin social », Pluriel, mars 2000, n ° 21, p 7 à p 10

(8)BERGOGNE A " Réseaux: le nouveau cahier des charges", Le concours médical, 29 janvier 2000, n° 122-04, p 261 à p263

(9) CORMIER H « Réseau santé pour tous .Améliorer l'accès aux soins des plus démunis », Actualités sociales hebdomadaires, 18 novembre 2000, n ° 2188, p 19 à p 20

(10) DESCARGUES B "La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions", Echanges santé social, décembre 1998, n° 92, p 5 à p 9

(11) EMMANUELLI X "SAMU social de Paris", Interdépendance, octobre, novembre, décembre 1999, n° 35, p 19 à p 25

(12) FURTOS J « Epistémologie de la clinique psychosociale, la scène sociale et la place des psy », in Pratiques en santé mentale, 2000, n° 1, p 23 à p32

(13) FURTOS J, " Métamorphose de la demande et engagement dans le soin", Rhizome, septembre 2000, numéro 2, p 1

(14) GALLOT A.M., DUPRE JP « Exclusion et santé mentale », Pluriel, mars 2000, n ° 21, p 15

(15) GRABER J L, " Besoin- Demande- Désir", Rhizome, septembre 2000, numéro 2, p2

(16) GREMY F " Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés", ADSP, septembre 1998, n°24, p26 à 29

(17) HARDY-BAYLE MC, BRONNEC C " Le fonctionnement en réseau: une nouvelle logique d'organisation des soins en santé mentale', Technologie santé, juillet 1999, n°37, p68 à p7

(18) HOUVER J " Le développement historique à travers les ordonnances, arrêtés, décrets et circulaires", Pluriel, avril 1999, n° 17, p14

(20) LEFEVRE C, ZOYEM JP " Les contrats d'insertion du RMI: quelle perception en ont les allocataires?" Etudes et résultats, DREES, Décembre 1999, p1à p7, n° 45

(21) MARTIN JP, "La récusation de l'aide comme symptôme" Rhizome septembre 2000, numéro 2, p4

(22) MARTIN JP « Une expérience d'approche de l'errance » Pluriel, mars 2000, n ° 21, p12 à p16

(23) MINARD M, CASTERA A " De la désintégration physique à la réintégration sociale" congrès de l'institut Projet IRSLOM, novembre 1989

(24) MOITIE JJ " Le conseil économique et social dans la cinquième république , Pluriel, n° 15, ,septembre 1998

(25) QUEROUIL O « Des expériences encore partielles », Pluriel, mars 2000, n °21, p2 à p3

RAPPORT ET DIVERS

(26) AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE LORRAINE, " Projet de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de psychiatrie. Enquête relative à la psychiatrie de liaison", NANCY, mars 1999,

(27) AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE LORRAINE, " Projet de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de psychiatrie", NANCY, juillet 1999

(28) CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS " Mise en place d'un dispositif de lutte contre le précarité. Création d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé", rapport d'orientation budgétaire, REIMS, 2000

(29) DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA MARNE, " La planification sanitaire en Champagne-Ardenne; Schéma Régional d'Organisation Sanitaire", CHALONS EN CHAMPAGNE, 1997

(30) DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA MARNE, "Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en Champagne-Ardenne", CHALONS EN CHAMPAGNE , décembre 1999

(31) KHAN JP "Rapport du groupe de travail Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, de psychiatrie, psychiatrie de liaison " Région Lorraine, NANCY, mars 1999

(32) LAZARUS A ET STROHL H, "Pauvreté, précarité et pathologies mentales. Une souffrance que l'on ne peut plus cacher.", Délégation Interministérielle à la ville/ DIRMI, Paris, 1996

(33) MASSE G " Rapport sur la psychiatrie dans le département de la Marne", Ministère du travail et des Affaires sociales, secrétariat à la santé et à la sécurité sociale, PARIS, novembre 1995

(34) OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE CHAMPAGNE ARDENNES, "Etude d'environnement des services de psychiatrie de la Marne", CHALONS EN CHAMPAGNE, octobre 1999

(35) OBSERVATOIRE REGIONAL RHONE-ALPES SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN RAPPORT AVEC L'EXCLUSION « Point de vue des acteurs de la clinique psychosociale », CH le Vinatier, BRON, Décembre 1999.

(36) RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL "PSYCHIATRIE ET GRANDE EXCLUSION", secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, PARIS, juin 1996

(37) RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL « SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE », de psychiatrie, politique de secteur et intersectorialité" Région Lorraine, NANCY, 1999

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Densité de population par cantons dans la Marne en 1990

ANNEXE 2 : Département de la Marne. Secteurs de psychiatrie générale

ANNEXE 3 : Département de la Marne. Psychiatrie générale, Equipement des secteurs

ANNEXE 4 : Répartition du taux de chômage dans la Marne en 1990

ANNEXE 5 : Répartition en % des modalités de prise en charge de la psychiatrie générale en 1998

ANNEXE 6 : Département de la Marne. Structures sociales d'hébergement et d'écoute

ANNEXE 7 : Lettre accompagnant le questionnaire de l'enquête

Annexe 8 : Le questionnaire de l'enquête destinée aux travailleurs sociaux et aux psychiatres

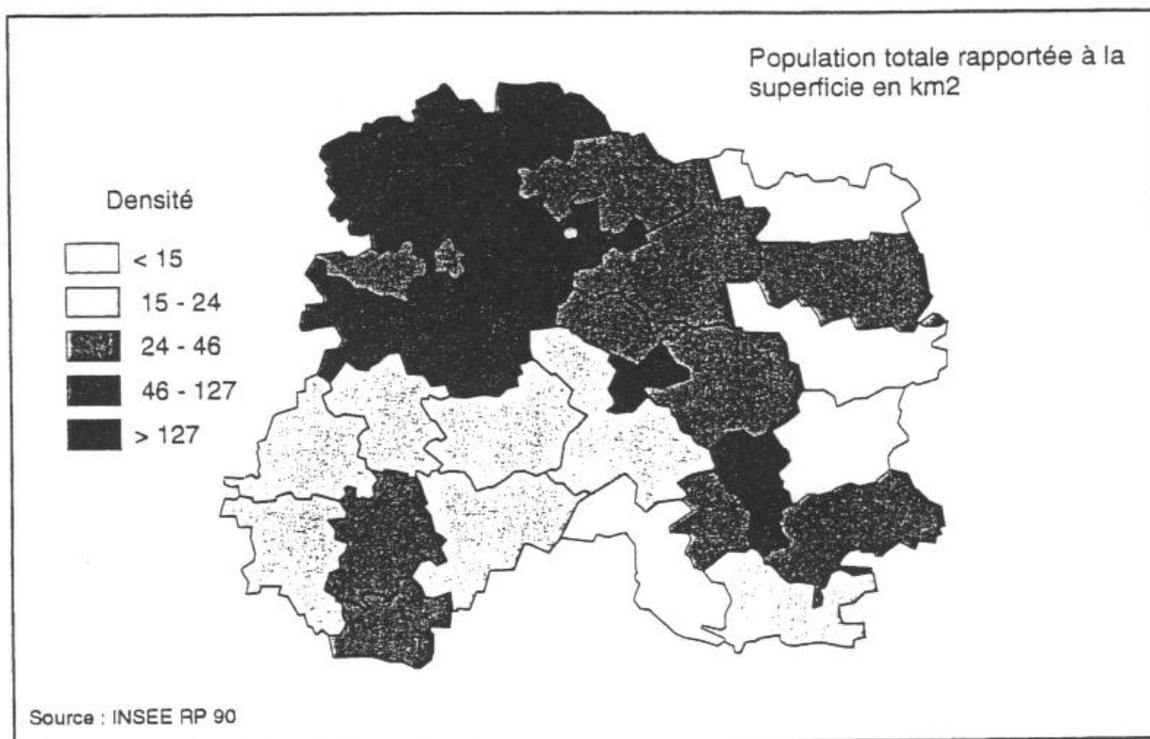
ANNEXE 9 : Guide d'entretien

ANNEXE 10 : Liste des personnes interviewées

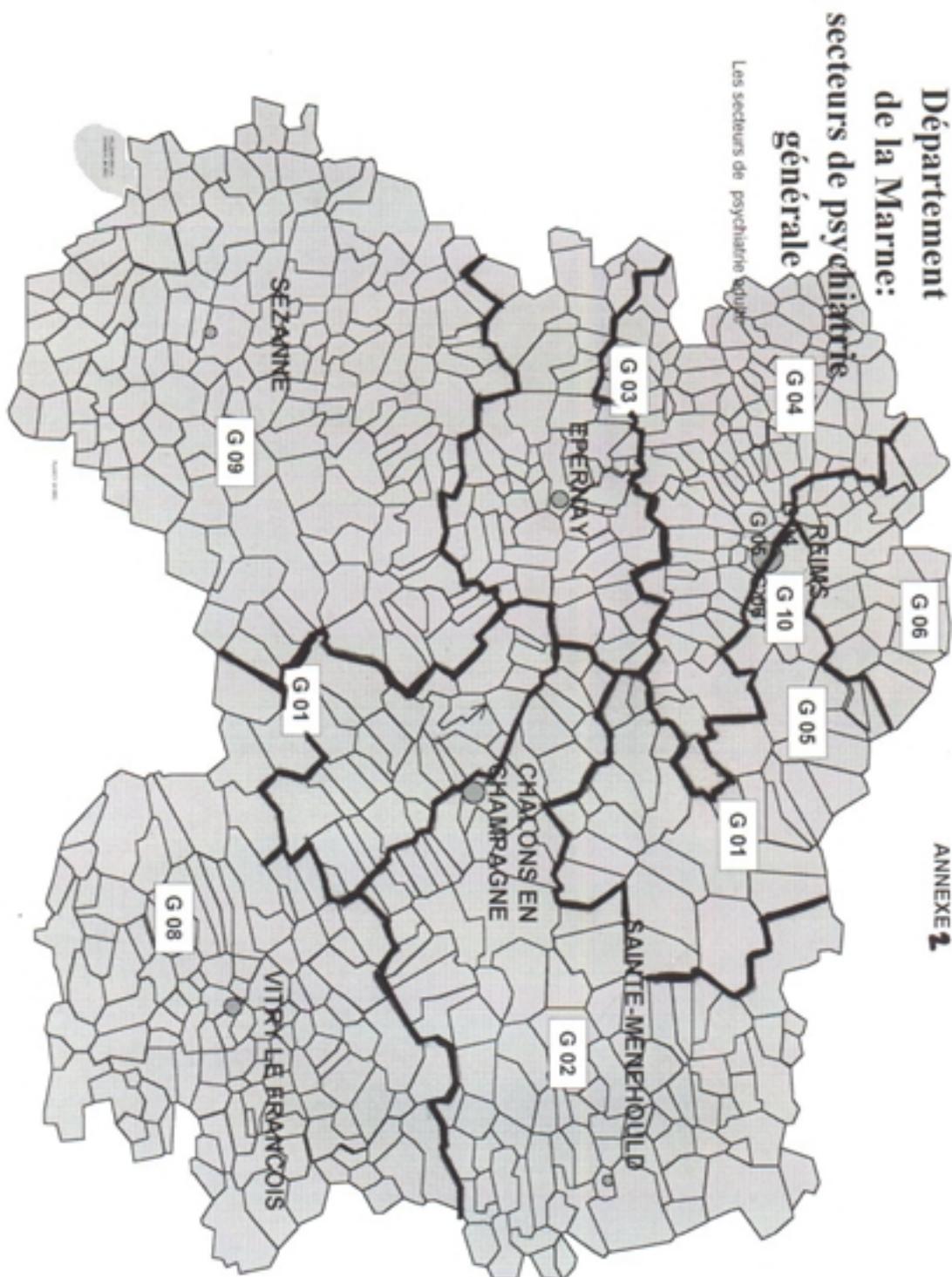
ANNEXE 11 : Le développement historique des réseaux dans le champ de la santé mentale au travers des ordonnances, décrets et circulaires

ANNEXE 1 : DENSITÉ DE POPULATION PAR CANTONS DANS LA MARNE EN 1990

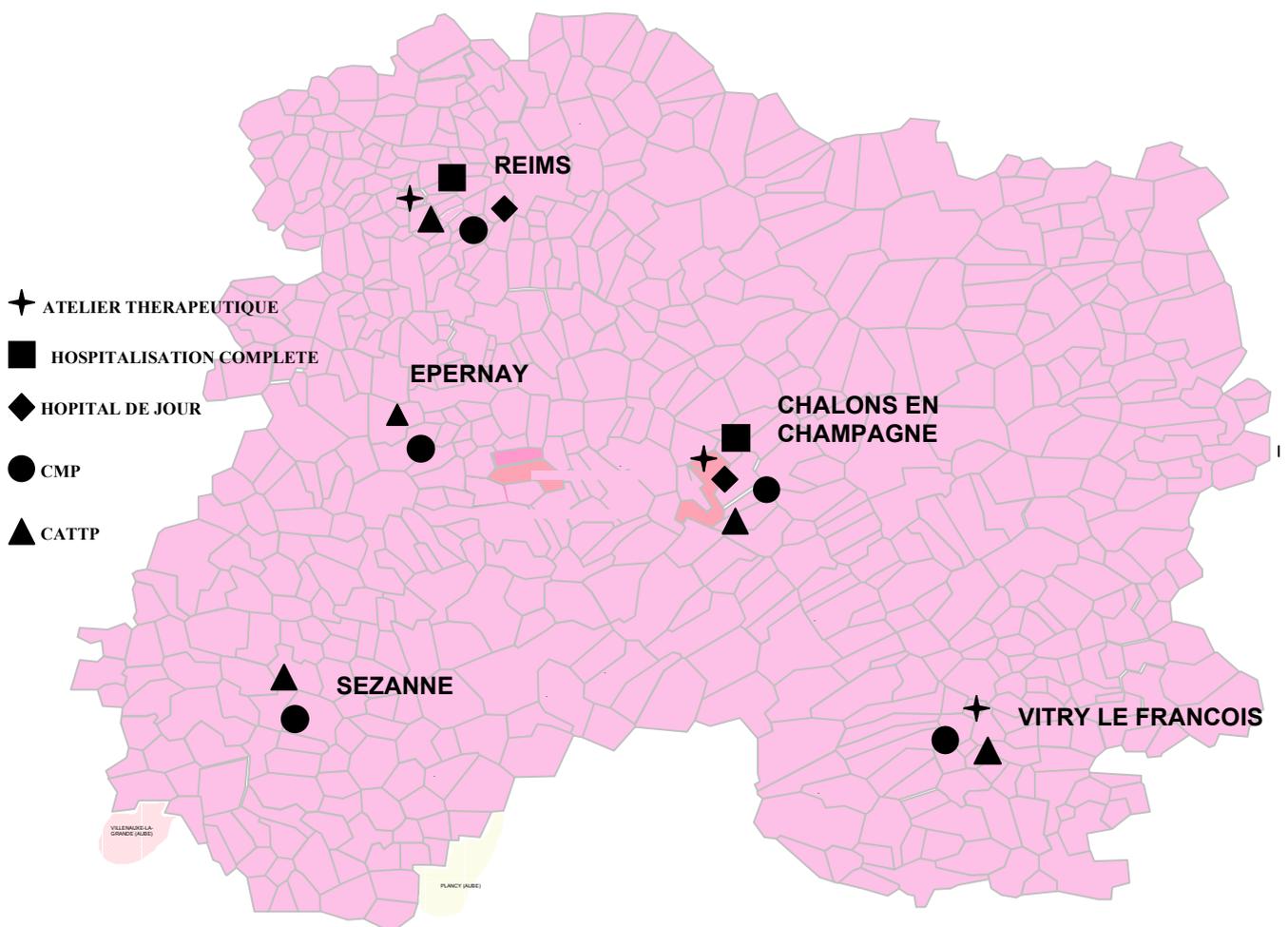
Annexe 1 : densité de population par cantons dans la Marne en 1990



**ANNEXE 2 : DÉPARTEMENT DE LA MARNE
SECTEURS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE**

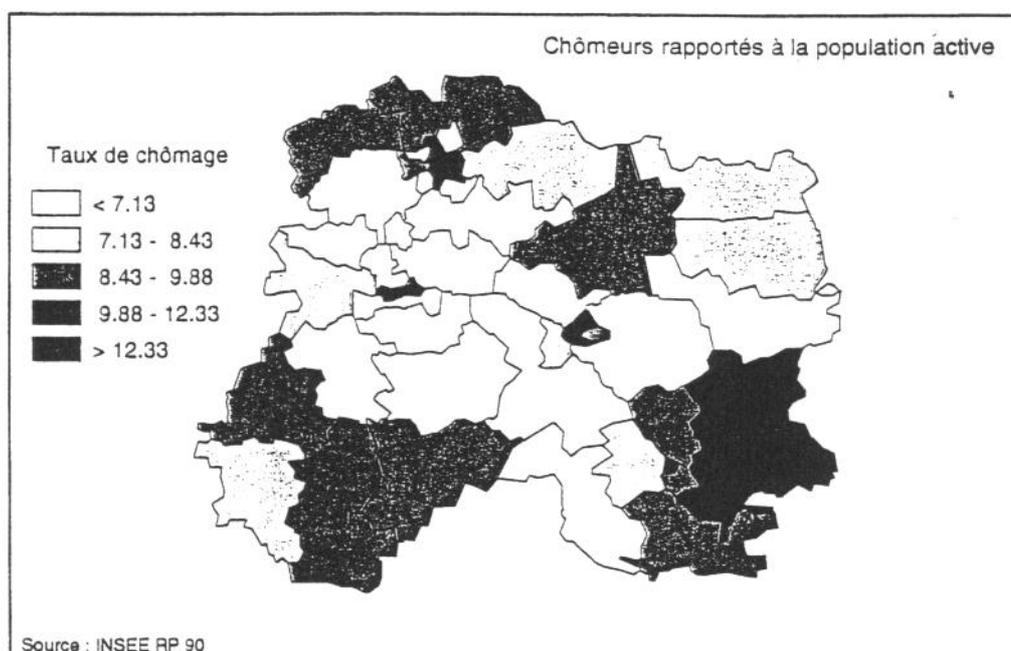


**ANNEXE 3 : DÉPARTEMENT DE LA MARNE.
PSYCHIATRIE GÉNÉRALE, EQUIPEMENT DES SECTEURS**

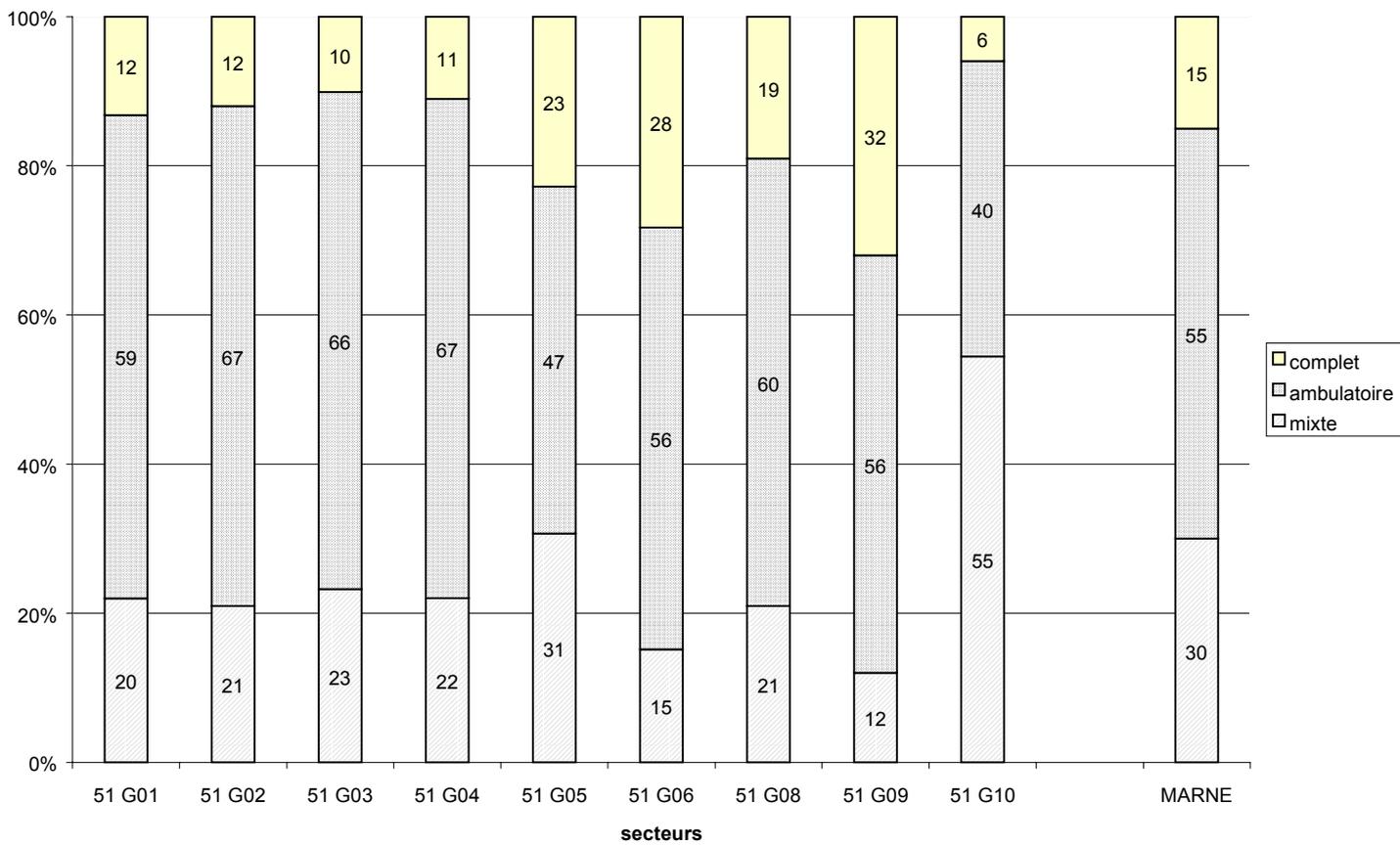


ANNEXE 4 : RÉPARTITION DU TAUX DE CHÔMAGE DANS LA MARNE EN 1990

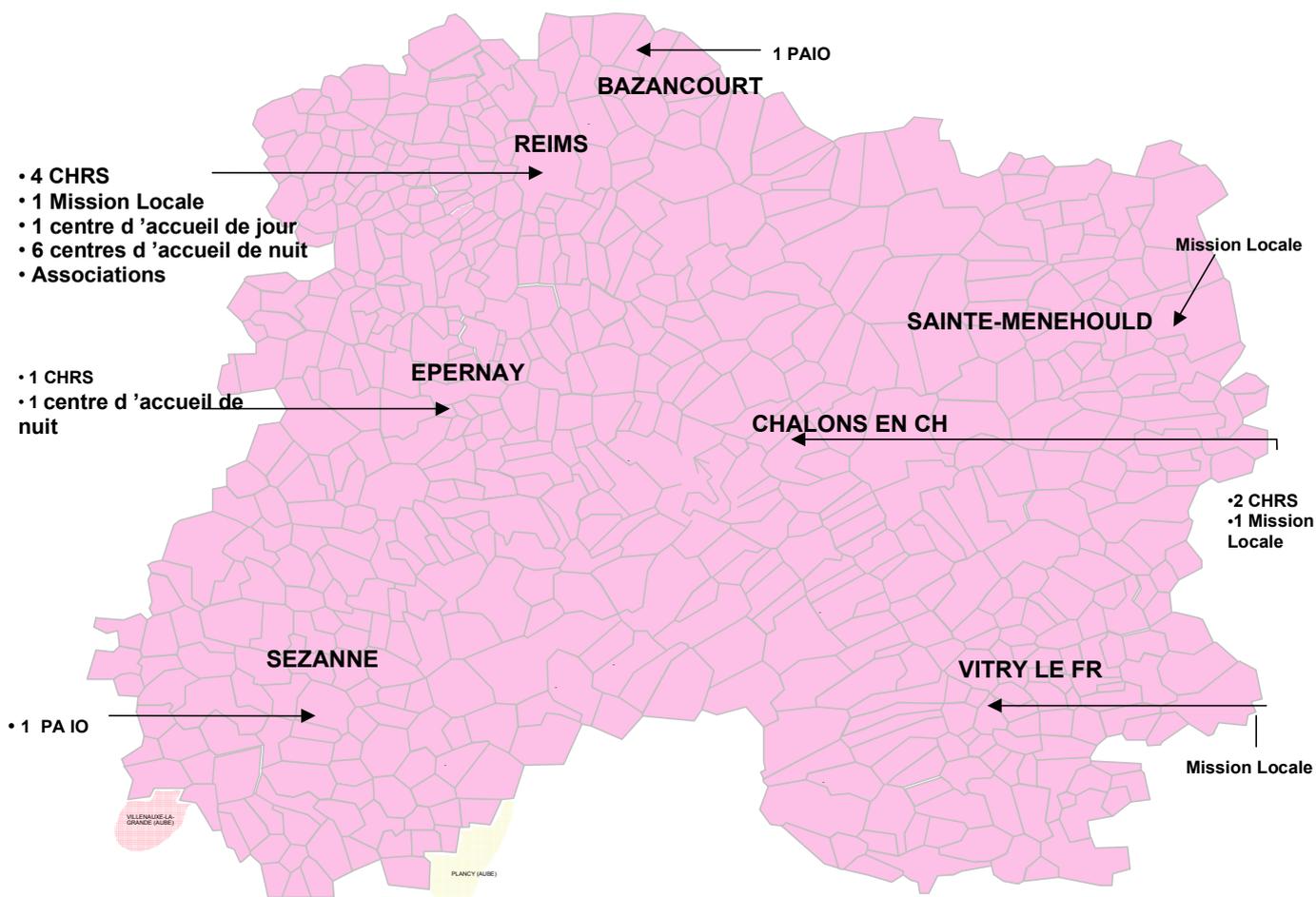
Annexe 4 : répartition du taux de chômage dans la Marne en 1990



**ANNEXE 5 : RÉPARTITION EN % DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA
PSYCHIATRIE GÉNÉRALE EN 1998**



**ANNEXE 6 : DÉPARTEMENT DE LA MARNE. STRUCTURES SOCIALES
D'HÉBERGEMENT ET D'ÉCOUTE**



ANNEXE 7:
LETTRE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE

Madame, Monsieur

Médecin inspecteur stagiaire à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, j'effectue dans le cadre de cette formation un stage à la DDASS de la Marne. Ma formation est sanctionnée par un mémoire dont le sujet choisi en collaboration avec les services de la DDASS est le suivant:

"Participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psychosociale des populations adultes démunies, dans le département de la Marne"

Ce travail servira de support à des propositions qui permettront de développer les relations et la collaboration des acteurs du champ social avec les secteurs de psychiatrie. Je vous remercie de répondre à ce questionnaire dans les meilleurs délais et ne manquerai pas de vous transmettre en retour l'analyse des résultats qui me seront parvenus.

ANNEXE 8:
LE QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE
« PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHO SOCIALE DES POPULATIONS
DEMUNIES, DANS LE DEPARTEMENT DE LA MARNE. »

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX:

Nom de la personne qui remplit le questionnaire:

Qualité:

Type de structure où vous travaillez :

(Entourez la réponse qui vous convient...)

1) Quelle part de la population accueillie par votre structure vous semble-t-elle présenter des signes de souffrance psychique ?

-moins de 15 %

-15 % à 30 %

-30% à 50 %

-50 % à 75 %

-plus de 75 %

Cette part vous semble-t-elle en augmentation ces 3 dernières années? Justifier

2) Existe-t-il des dispositifs en place dans votre structure pour répondre à ce type de souffrance? **OUI NON**

Si OUI, lesquels ?

3) Un des membres de l'équipe psychiatrique intervient-il régulièrement dans votre structure ?

OUI NON

Si OUI, combien de fois par mois ?

4) Un des membres de l'équipe psychiatrique intervient-il ponctuellement, à votre demande, pour rencontrer les personnes qui le désirent ou qui selon vous le nécessitent ?

OUI NON

Si OUI, rencontrez-vous des difficultés pour que ces interventions aient lieu ? Justifiez

5) Des réunions de supervision sont-elles organisées au sein de votre structure afin de vous aider dans vos rapports avec les personnes en état de souffrance psychique ?

OUI NON

Si NON, souhaitez-vous les voir se mettre en place ?

6) Dans le cas où votre structure proposerait une prise en charge de la souffrance mentale ou une consultation de psychiatrie :

Avez-vous noté depuis ces 3 dernières années, une augmentation du nombre de demandes d'écoute ou de consultations de la part de la population qui fréquente votre structure?

OUI NON Dans quelle proportion ?

7) Avez-vous signé des conventions avec le secteur psychiatrique dont vous dépendez afin d'améliorer la prise en charge des personnes précarisées, souffrant de troubles psychiques

OUI NON

8) Souhaiteriez-vous signer des conventions avec le secteur de psychiatrie, concernant des modalités d'intervention de sa part au sein de votre structure ? **OUI NON**

Pourquoi?

9) Le travail en partenariat formalisé de type réseau pourrait-il selon-vous améliorer la prise en charge des populations souffrant de troubles psychiques ?

OUI NON Pourquoi?

10) Souhaiteriez- vous que votre structure fasse partie de ce type de réseau ?

OUI NON Pourquoi ?

11) Quels vous semblent -être les meilleurs partenaires pour ce travail en réseau ?

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PSYCHIATRES :

Nom de la personne qui remplit le questionnaire:

Qualité:

Type de structure où vous travaillez :

(Entourez la réponse qui vous convient...)

Parmi les populations suivantes, quelle est celle dont la santé mentale vous paraît la plus préoccupante au sein de votre secteur ?

-les populations précarisées

-les enfants et les adolescents

-les personnes âgées

-autres

Pourquoi ?

2) Pensez-vous qu'il est souhaitable que les équipes de psychiatrie de secteur interviennent au sein des structures à caractère social (type: missions locales, CHRS, CLI....) pour aider à la prise en charge des personnes démunies souffrant psychiquement

OUI NON Pourquoi?

3) Votre équipe de secteur propose-t-elle des interventions au sein d'une ou plusieurs structures sociales?

OUI NON

Si **OUI** de quel type?

-Consultations auprès des personnes démunies

-Activité de supervision auprès des travailleurs sociaux

-Autres. Expliquez

SI **NON** Est-ce en raison d'autres priorités? lesquelles?

4) Souhaitez-vous renforcer votre coopération avec les travailleurs sociaux, afin d'améliorer la prise en charge de la souffrance psychosociale des populations précarisées auxquelles ils ont à faire ?

OUI NON Pourquoi?

5) Le travail en partenariat formalisé de type réseau pourrait-il, selon-vous, améliorer la prise en charge des populations précarisées souffrant de troubles psychiques ?

OUI NON Pourquoi?

6) Souhaiteriez- vous que votre secteur fasse partie de ce réseau ? **OUI NON**

Pourquoi?

7) Quels vous semblent être les meilleurs partenaires pour ce travail en réseau ?

8) Avez-vous d'autres propositions à faire concernant la prise en charge de la souffrance psychique socialement induite ?

ANNEXE 9 : GUIDE D'ENTRETIEN

1) Description des missions de la structure ou du service où vous travaillez

.-son historique

- le type de personnel en activité

- les modalités pratiques de fonctionnement : moyens d'identification, heures d'ouverture

- Votre rôle au sein de cette structure

2) Qui sont vos partenaires institutionnels, associatifs et autres?

3) Existe-il une formalisation de ce partenariat ?de quel type?(convention, contrat)

4) Quel type de population accueillez-vous?

Disposez-vous de renseignements sur l'âge, le sexe, la condition sociale?

5) Comment s'exprime la souffrance psychosociale des populations démunies?

- Comment s'organise l'écoute?(qui écoute les personnes, où?)

- Vous arrive-il de vous sentir impuissant et seul face à certaines situations?

- Que faites-vous dans ce cas?

6) Avez-vous un contact et de quel type avec les travailleurs sociaux(ou les psychiatres de secteurs) ?

7) Savez-vous ce qu'est la psychiatrie de liaison externe et qu'en pensez-vous?

8) Quel type de prise en charge souhaitez-vous voir de développer vis à vis de la souffrance psychosociale?

- Au sein ou autour de votre structure(ou de votre secteur) ?

9) Que pensez-vous de la mise en place d'un réseau associant travailleurs sociaux et équipes de secteur psychiatrique ?

10) Avez-vous d'autres remarques ou propositions à formuler à ce sujet ?

ANNEXE 10

LES PERSONNES INTERVIEWÉES

- Deux conseillers techniques en travail social de la DDASS de la Marne
- 5 médecins de secteurs psychiatriques
- Le médecin responsable de la PASS du CHU de REIMS
- Deux travailleurs sociaux du CCAS et de la mission locale de REIMS
- Rencontre avec le coordinateur du réseau "santé -social" de Mirecourt dans les Vosges
- Rencontre avec Madame le Médecin Inspecteur Régional de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Meurthe et Moselle (NANCY) .
- Entretien avec le Président de la Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociales du Nord Pas de Calais
- Entretien avec un travailleur social du Secours Populaire de Lille

- Participation à un forum de psychiatrie à BUC"psychiatrie et travail social organisé par la MNASM et la FNARS en octobre 2000.
- Participation à la réunion concernant le bilan du PRAPS de la Marne
- Participation au Conseil Médical d'Etablissement de l'EPSDM de Châlons en Champagne
- Participation à une séance de Commission locale d'insertion

- Trois entretiens téléphoniques avec les services "contrats de ville" des mairies de Reims, Epernay et Châlons en Champagne

ANNEXE 11 : LE DÉVELOPPEMENT HISTORIQUE DES RÉSEAUX DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE AU TRAVERS DES ORDONNANCES, DÉCRETS ET CIRCULAIRES (19)

- **La loi du 31 juillet 1968 :**

Elle oblige l'hôpital psychiatrique à s'associer avec les collectivités publiques ou les personnes morales de droit privé, gestionnaires des établissements ou services de prévention, de soins et de post-cure afin d'assurer la coordination des actions de prévention, soin et post-cure dans chaque département.

- **L'arrêté du 14 mars 1972 :**

Il fixe les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales et indique que " pour mieux répondre aux besoins de la population et assurer la continuité des soins, de la prévention et de la post-cure, le secteur doit comporter une équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre chef de secteur ".

- **La circulaire n° 431 du 14 mars 1972 :**

Elle précise la composition de l'équipe de secteur et préconise la création de réseaux spécialisés notamment pour les malades alcooliques et toxicomanes.

- **La circulaire n° 443 du 16 mars 1972 :**

Elle décrit les articulations et les maillons à mettre en place par les équipes de secteur : psychiatrie adulte, protection maternelle et infantile, santé scolaire, aide sociale à l'enfance...

- **La circulaire DGS-2030 du 12 décembre 1972 :**

Elle recommande la création des « conseils de santé mentale de secteur »

- **La circulaire DGS 891 du 9 mai 1974 :**

Elle revient sur la nécessité de développer des liaisons avec les médecins traitants généralistes et spécialistes, les travailleurs sociaux(...), la concertation et le coordination et insiste sur le rôle des « conseils de santé mentale de secteur ».

- **La circulaire DGS-892/MSI du 9 mai 1974 et l'instruction du 24 août 1981 relatives à la psychiatrie infanto-juvénile:**

Ils insistent sur le nécessaire collaboration des psychiatres avec d'autres acteurs concernés par ce sujet.

- **La circulaire n° 90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale:**

Elle recommande une fois encore aux secteurs de mettre en place des instances de coordination assez proches des préoccupations locales et largement ouvertes aux acteurs de santé mentale, tels les conseils de secteur dont le rôle devrait être :

Etudier et résoudre les problèmes de coordination et de coopération entre les différents acteurs.

Mobiliser les complémentarités entre praticiens libéraux et les infrastructures publiques et associatives sanitaires, sociales et médico-sociales en vue d'orienter les malades.

Produire des informations et des propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance.

Les réseaux de soins entrent dans le code de la Sécurité sociale et dans le code de la Santé Publique le **24 avril 1996** par **l'ordonnance 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins** et **l'ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée**

.