



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2002-2003

**La prise en charge de la souffrance
psychique des personnes en situation
de précarité**

Johanna CLÉMENT

Johanna CLÉMENT - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Debionne, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Bas-Rhin, pour son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également Mme Jourdain, psychologue RMI à la CLI de Haguenau, pour ses conseils, sa disponibilité et le regard qu'elle a bien voulu porter sur ce travail.

Je remercie enfin Mme Pujazon, inspectrice principale à la DDASS du Bas-Rhin, M. Lecorps, enseignant à l'ENSP, et M. Milley, psychologue RMI pour leur attention portée à ce travail.

Je tiens à adresser par ailleurs le témoignage de ma reconnaissance aux différentes personnes dont l'accueil et la compétence m'auront apporté une aide précieuse.

Sommaire

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	5
1 LA NOTION DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE LIÉE À LA PRÉCARITÉ	8
1.1 La notion de souffrance psychique : définition, enjeux et réflexion	8
1.1.1 Définition de la souffrance psychique	9
A) La précarité, un facteur de fragilisation psychique des individus.....	9
B) La souffrance psychique, une notion incertaine.....	11
1.1.2 Enjeux et réflexion autour de la notion de souffrance psychique.....	14
A) Une souffrance « partagée »	14
B) La souffrance psychique : « un paradigme écran » ?	15
C) La souffrance psychique : psychiatrisation d’une question sociale ?.....	15
1.2 Le cadre juridique : la souffrance psychique, à la croisée des politiques sociales et sanitaires	16
1.2.1 La prise en compte de la souffrance psychique dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale	16
A) Le dispositif du Revenu Minimum d’Insertion	16
B) Le dispositif de lutte contre les exclusions.....	17
1.2.2 La prise en compte de la souffrance psychique dans le cadre de la réglementation sanitaire : l’évolution de la psychiatrie vers la santé mentale	19
A) La mise en place de la sectorisation et le développement des alternatives à l’hospitalisation : un premier niveau d’ouverture de la psychiatrie	19
B) Une mission de santé publique.....	19
C) La volonté de refonder la politique de santé mentale	20

2	LA PRISE EN COMPTE DE LA PROBLÉMATIQUE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE DANS LE BAS-RHIN : D'UNE DEMANDE DE TERRAIN À UNE RÉPONSE INSTITUTIONNELLE	22
2.1	L'évaluation des besoins dans le Bas-Rhin.....	22
2.1.1	Identification des publics concernés et détermination de leurs besoins.....	22
A)	Identification de la souffrance psychique comme une des principales problématiques santé	23
B)	Typologie des publics	24
2.1.2	Identification de la souffrance psychique comme frein à l'insertion.....	26
A)	Dans le cadre du dispositif RMI.....	26
B)	Dans le cadre du dispositif d'accueil et d'hébergement	27
2.1.3	Identification des difficultés rencontrées par les professionnels.....	27
A)	Les difficultés liées au manque d'outils de repérage de la souffrance psychique 27	
B)	Les difficultés liées aux personnes.....	28
C)	Les difficultés liées à la nécessité d'une approche partenariale de la problématique de la souffrance psychique	29
2.2	La réponse institutionnelle.....	35
2.2.1	Une impulsion institutionnelle forte.....	36
A)	La prise en compte de la souffrance psychosociale : une priorité locale affirmée dans les différents plans et schémas	37
B)	La mise en cohérence des politiques publiques à travers la coordination des différents schémas et des acteurs impliqués.....	40
2.2.2	Les actions conduites dans le cadre de la souffrance psychosociale dans le Bas-Rhin	43
A)	Les réponses d'ordre sanitaire : la difficulté à articuler les dispositifs sanitaires et sociaux	43
B)	L'action des équipes sociales.....	60

3	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET PROPOSITIONS D'ACTION	63
3.1	Donner un cadre institutionnel au travail en partenariat	63
3.2	Favoriser la communication entre les secteurs sanitaires et sociaux	64
3.2.1	La désignation de référents	65
3.2.2	La nécessité d'un travail de lisibilité : l'élaboration d'un guide des ressources en santé mentale	65
3.2.3	La mise en place de formations communes	66
3.3	Favoriser une plus grande implication de la psychiatrie	66
3.3.1	Un préalable nécessaire : une réflexion sur l'identité de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale	67
3.3.2	Garantir une mise en œuvre effective des orientations régionales relatives à la prise en compte de la souffrance psychique	67
	A) L'utilisation des outils créés ou confortés par les ordonnances d'avril 1996 : ..	68
	B) Les outils de suivi et d'évaluation	68
	C) Perspective d'utilisation du PMSI en psychiatrie	69
3.3.3	Les modalités d'intervention de la psychiatrie à développer.....	69
	A) Renforcer les interventions directes de la psychiatrie auprès des usagers accueillis dans les structures sociales, et apporter un soutien technique aux professionnels de ces structures	69
	B) Mettre en place des actions en appui sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	70
	C) Un objectif à plus long terme : la formalisation d'un réseau santé/ précarité sur le territoire de Strasbourg	70
3.4	Soutenir les actions de socialisation et d'animation	71
	CONCLUSION	71
	Bibliographie	75
	Liste des annexes	79

Liste des sigles utilisés

AHI : Accueil, Hébergement, Insertion
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASI : Appui Social Individualisé
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CAHM : Centre d'Accueil et d'Hébergement Municipal
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLI : Commission Locale d'Insertion
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMS : Centre médico-social
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CUS : Communauté Urbaine de Strasbourg
CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE : Direction Départementale de l'Équipement
DDPJJ : Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales
DGS : Direction générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIRMI : Délégation Interministérielle au RMI
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EPSAN : Etablissement Public de Santé Alsace Nord
ETP : Equivalent Temps Plein
FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
HCSP : Haut Comité de Santé Publique
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
LCE : Lutte Contre les Exclusions
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDI : Programme Départemental d'Insertion

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

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

RESI : Relais Emploi Santé Insertion

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SDF : Sans Domicile Fixe

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

« Ma mère est repartie, ma mère est repartie, on me l'a reprise, je ne verrai plus ma mère... » . Il a 45 ans. Dans sa vie, il avait un objectif : retrouver sa mère qu'il n'avait pas vue depuis 30 ans. L'automne dernier, il l'a retrouvée et a quitté le CHRS La Cité Relais où il était hébergé pour aller vivre avec elle. Quelques mois plus tard, elle est repartie au Laos en ne lui laissant aucune adresse. J'ai rencontré Monsieur X. à son retour à la Cité Relais. Les mots tournent dans sa tête « elle est repartie, elle est repartie... » . Il ne parle que de sa mère, il ne pense qu'à elle. L'éducatrice lui propose de rencontrer le psychologue de la structure.

Mlle Y, 27 ans, bénéficiaire du RMI. Elle était étudiante en sociologie. Petit à petit, elle s'est coupée du monde, refusant le contact avec sa famille et ses amis. L'assistante sociale qui l'accompagne dans le cadre du dispositif RMI ne sait plus comment s'y prendre. Mlle Y est repliée sur elle-même, elle ne parle plus ou est très agressive. Elle présente des troubles alimentaires (mange peu, se fait vomir). Elle fréquente des toxicomanes et consomme des toxiques de manière sporadique. Elle a des difficultés à s'inscrire dans la durée. Elle a suivi plusieurs stages de formation professionnelle qui se sont soldés par des échecs suite à des conflits avec les formateurs. Elle refuse la consultation médicale, mais accepte dans un premier temps des entretiens infirmiers pour faire plaisir à son assistante sociale.

M. K était chef cuisinier dans un grand restaurant. Il est hébergé depuis plusieurs mois à la Cité Relais. Il parle facilement, me raconte le départ de sa femme, ses problèmes avec l'alcool, son licenciement, comment il est arrivé à Strasbourg, par hasard, en allant de gare en gare. Il se sent bien à la Cité Relais, il a pu se poser. Il rencontre régulièrement l'infirmière de la structure. Il se plaint d'un grand vide autour de lui : « mais je m'ennuie, tout le temps, je n'ai rien à faire, c'est ce qu'il y a de pire, ne rien avoir à faire » .

Les histoires sont différentes et propres à chacune des personnes rencontrées (abandon familial, séparation, échec professionnel, alcoolisme, toxicomanie...) . A travers ces exemples, une même souffrance, d'ordre psychique, s'exprime de manière diffuse. Figée dans sa détresse, immobile, seule, la personne en souffrance erre entre les dispositifs et les structures sociales sans sembler y trouver une réponse. De nombreuses personnes en situation de précarité ou d'exclusion présentent les marques d'une souffrance psychique parfois intense, qui se traduit soit par une angoisse permanente et une résignation dépressive, soit au contraire par des troubles comportementaux (agitation,

violence verbale ou physique...), et souvent dans un contexte d'addiction chronique, alcool, tabac, et polytoxicomanie. Cette souffrance est un obstacle à toute mesure d'insertion. Elle s'exprime dans tous les systèmes de prise en charge (social, éducatif, insertion, judiciaire, sanitaire) et conduit à une sollicitation très importante des intervenants sociaux et des services de psychiatrie.

Les travailleurs sociaux, acteurs de première ligne, expriment un réel malaise. Souvent isolés et insuffisamment formés, ils ont le sentiment d'une « impuissance générale du système » . Les projets de réinsertion sociale et/ou professionnelle restent flous, ne se concrétisent pas, ou se soldent par des échecs. Face à ces difficultés, les équipes sociales se posent la question de savoir par qui, et comment la souffrance psychique liée à la précarité doit être prise en charge. Ils ciblent souvent la psychiatrie comme interlocutrice privilégiée.

Les équipes de psychiatrie, très sollicitées par les professionnels du champ social, partagent ce malaise. Certaines opposent des résistances importantes et considèrent la prise en charge de la souffrance psychique liée à la précarité comme une dérive par rapport à leur mission initiale. D'autres sont prêtes à intervenir en appui technique des équipes sociales. La psychiatrie traverse ainsi une crise identitaire importante et s'interroge sur l'évolution de ses missions. Est-ce à elle de répondre à cette demande des équipes sociales, et si c'est le cas, quels doivent être son niveau et son mode d'intervention ?

Les institutions sanitaires et sociales se renvoient mutuellement la responsabilité de la réponse. La question de la prise en charge de la souffrance psychique apparaît ainsi à la croisée de ces deux champs. C'est le problème de la prise en charge de « patients-frontières », entre deux dispositifs. La difficulté d'agir de manière coordonnée, de coopérer, dans un climat de confiance mutuelle est souvent soulignée.

Une difficulté particulière réside dans le fait que les populations en situation de précarité ne demandent habituellement pas l'aide psychologique. L'évaluation des besoins se heurte à l'absence de demande de soins. Un problème d'ordre éthique se pose : comment aider une personne qui n'en exprime pas le besoin, voire qui refuse d'être soignée ?

L'identification de cette souffrance comme frein aux politiques d'insertion est relativement récente. Le rapport Lazarus¹ en 1995 a mis en évidence cette "souffrance qu'on ne peut

¹ LAZARUS A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, février 1995.

plus cacher" et qui "grippe le fonctionnement normal des dispositifs sociaux". Les professionnels ont en effet relevé de nombreux échecs dans les parcours d'insertion dus à l'absence de prise en compte de la souffrance psychique.

Huit ans après le rapport Lazarus, cette question reste une priorité, tant au plan national que local. Les services déconcentrés DDASS-DRASS sont d'ailleurs régulièrement sollicités par les professionnels de terrain en vue d'apporter une réponse institutionnelle au problème de la souffrance psychique. L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale participe à l'élaboration de cette réponse: il intervient dans les groupes de réflexion, propose l'inscription de cette priorité dans les plans et schémas régionaux, soutient les porteurs de projet, favorise la communication entre les différents acteurs... Malgré cette implication des institutions, force est de constater que les liaisons entre les dispositifs sanitaires et sociaux en vue d'une prise en charge coordonnée de la souffrance psychique se font difficilement.

Il m'a semblé particulièrement intéressant de travailler sur la problématique de la souffrance psychosociale dans le Bas-Rhin car il existe une réelle impulsion institutionnelle autour de cette question (dans le cadre de l'élaboration du PRAPS II et du SROS psychiatrie de troisième génération en particulier). Les acteurs de terrain et les acteurs institutionnels sont mobilisés sur ce thème. Ils multiplient les temps de réflexion, ne manquent pas de propositions, mais semblent démunis face à cette souffrance.

Pourquoi les acteurs institutionnels ont-ils autant de difficultés à apporter une réponse aux problèmes de souffrance psychique des populations en situation de précarité?

Plusieurs hypothèses peuvent être émises :

- La souffrance psychique est la résultante de facteurs complexes (fragilité psychique, événement traumatique...). A la croisée des questions sanitaires et sociales, elle ne permet pas une réponse monolithique. La difficulté pour les acteurs institutionnels est de parvenir à initier un décloisonnement des dispositifs, en vue d'une prise en charge globale et continue de la personne en souffrance.
- Les réponses dans ce domaine ne se construisent pas directement en fonction de besoins exprimés par les personnes concernées, mais à travers la perception qu'ont les professionnels de première ligne de ces besoins. La question de la prise en charge de la souffrance psychique est donc étroitement liée aux représentations des professionnels. Ces analyses subjectives les conduisent à reporter sur d'autres catégories de professionnels la responsabilité de la réponse. La difficulté pour les acteurs institutionnels est donc d'avoir une vision objective de la question afin de

mettre en œuvre des dispositifs de prise en charge adaptés, où le rôle de chaque professionnel de la santé mentale est clairement défini.

- La souffrance psychique liée à la précarité est une question transversale à un certain nombre de dispositifs institutionnels (RMI, PRAPS, schéma Accueil Hébergement Insertion, politique de la ville...). La construction d'une réponse institutionnelle impose donc une coordination des différents acteurs (Etat, Conseil Général, Ville...).
- Cette question soulève enfin un certain nombre de difficultés éthiques. Les actions mises en place dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychique répondent à des impératifs d'accès aux soins et d'assistance à des personnes en danger, mais peuvent comporter un risque d'injonction thérapeutique ou de dérive vers une psychiatrisation d'une question sociale.

Cette étude, effectuée dans le département du Bas-Rhin (67), se veut transversale. La population visée est celle des bénéficiaires du RMI et des usagers des accueils de jour et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale. L'étude porte donc à la fois sur le dispositif RMI et sur les dispositifs de lutte contre les exclusions (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins et schéma Accueil Hébergement Insertion). Le public visé est large et présente des caractéristiques hétérogènes (personnes en démarche d'insertion sociale et/ou professionnelle, personnes en grande difficulté sociale, fortement désocialisées...). Cette approche se justifie pourtant à plusieurs égards :

- Tout d'abord, dans le contexte local du Bas-Rhin, ces deux publics se recoupent dans une assez large mesure. En décembre 2001, 11509 personnes étaient bénéficiaires du RMI. Parmi elles, 418 touchaient le RMI sans discontinuer depuis 1989. Ils étaient 2014 allocataires qui percevaient l'allocation depuis plus de 5 ans et 875 depuis plus de 10 ans. Ces chiffres tendent à montrer qu'il existe une population qui vieillit avec le dispositif RMI, et pour qui à cette date il n'y a aucune insertion par l'emploi. Par ailleurs, la très grande majorité des usagers des accueils de jour et des CHRS est bénéficiaire du RMI.
- Ensuite, la question de la souffrance psychique pose les mêmes questions dans ces dispositifs, et le même type de réponses y est apporté. Les acteurs se heurtent aux mêmes difficultés. L'approche par dispositif (bénéficiaires du RMI ou personnes accueillies en CHRS par exemple) ne semblait pour cela pas se justifier.
- Cette approche transversale me permet d'avoir une vue d'ensemble de la question, et d'analyser les relations entre les institutions (DDASS-DRASS / Conseil Général) et entre les dispositifs (PRAPS, PDI, schéma AHI).
- Enfin, le département du Bas-Rhin constitue un cadre géographique d'étude assez ciblé pour permettre une étude précise de cette question à travers ces différents dispositifs sociaux.

Avant même de se poser la question de la prise en charge de la souffrance psychique, cette étude se propose d'apporter une définition et une analyse de la notion de souffrance psychique. En effet, la mise en place d'actions et de coordinations au niveau institutionnel suppose une approche objective, non influencée par les représentations des professionnels de terrain (ou tout au moins consciente de ces influences). Un exposé et une analyse critique de la réponse institutionnelle actuellement apportée permettra ensuite de dégager un certain nombre de propositions et de perspectives en vue d'améliorer la prise en compte de la souffrance psychique des usagers des structures d'accueil et d'hébergement et des bénéficiaires du RMI.

METHODOLOGIE

Ce mémoire est le résultat d'un travail théorique effectué à l'ENSP (recherches bibliographiques, étude des sources juridique...) et d'une recherche de terrain menée dans le département du Bas-Rhin entre janvier et avril 2003.

Le choix du département du Bas-Rhin comme cadre géographique de l'étude de terrain est un choix d'opportunité (lieu de stage), et il n'est question ici ni de représentativité, ni d'exemplarité.

Le **travail théorique** effectué à l'ENSP a consisté en une recherche bibliographique. Il m'a permis de fixer le cadre juridique du sujet, d'effectuer une analyse théorique de la notion de souffrance psychique liée à la précarité (à partir de la lecture d'ouvrages, d'actes de colloques, de revues spécialisées...), et de prendre connaissance des différents types de réponses apportées selon les régions.

L'objectif de cette étude est d'analyser la réponse institutionnelle apportée aux demandes des acteurs de terrain concernant la prise en charge de la souffrance psychique. Une observation préalable sur le terrain était donc nécessaire afin d'appréhender les logiques d'intervention des différentes institutions (DDASS, DRASS et Conseil Général essentiellement).

□ Observation de la problématique de la souffrance psychique sur le terrain :

Cette étape essentielle a permis d'avoir une approche concrète du sujet, en donnant la parole aux usagers et aux professionnels confrontés en première ligne à la souffrance psychique, et en me rendant dans un certain nombre de structures sociales. La nécessité de couvrir une palette assez large de points de vue (afin de pouvoir les confronter) imposait de cibler les personnes à rencontrer et les structures à visiter. Une étude des rapports d'activité des différents CHRS m'a permis de voir de quelle manière la santé, et

plus particulièrement la santé mentale, était intégrée dans les projets d'établissement. A partir de ces informations, j'ai choisi d'effectuer un **stage d'une semaine au CHRS La Cité Relais**, car cet établissement était un des seuls à avoir mis en place un dispositif santé particulier (présence d'une infirmière et d'un psychologue à l'intérieur de la structure). Ce stage m'a permis de rencontrer les résidents et de m'entretenir avec eux (repas pris en commun, discussion au moment du café...). Les professionnels du CHRS m'ont accordé des entretiens². L'objectif était d'avoir le point de vue de ces différentes personnes sur la problématique de la souffrance psychique (comment ils la perçoivent, l'analysent, quelles sont les réponses qu'ils y apportent dans leur pratique professionnelle, quelles sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés...).

J'ai par ailleurs effectué un **stage de quelques jours à l'Accueil Printemps**, un accueil de jour géré par l'association Horizon-Amitié dans lequel un système de santé interne original a été mis en place³. La démarche était identique : rencontre des professionnels et des usagers au sein de la structure.

Dans le cadre du dispositif RMI, j'ai participé à un **pôle santé de la CLI de Strasbourg Campagne**⁴. Cette réunion rassemblait certains instructeurs et accompagnateurs RMI et les professionnels de santé de la CLI (médecin psychiatre, psychologue, médecin généraliste). Un certain nombre de cas de personnes en souffrance ont été exposés. Cela m'a permis de comprendre l'importance de la problématique santé dans un parcours d'insertion, et j'ai pu analyser le fonctionnement du partenariat mis en place au sein de cette CLI afin de répondre à cette difficulté.

Je me suis par ailleurs rendue dans certaines associations qui ont mis en place des actions de socialisation : **l'association l'Atelier** qui gère le PADEP (parcours de développement personnalisé), et **l'association Le CLAPEST** pour des femmes en grande difficulté. A travers des entretiens avec des professionnels de ces associations, j'ai voulu comprendre le rôle que pouvait avoir une action sociale de ce type dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychique.

Enfin, j'ai rencontré un certain nombre de professionnels de santé : deux médecins du RESI, les psychologues RMI, le médecin psychiatre chargé de mission santé précarité à la DDASS, une infirmière d'un CHRS, un médecin généraliste interne à un accueil de jour, un psychologue d'un CHRS, des infirmiers ayant une compétence en psychiatrie intervenant dans les structures sociales. L'objectif de ces rencontres était d'avoir le point

² Cf la liste des personnes rencontrées et les grilles d'entretien en annexes 2 et 3.

³ un médecin généraliste est présent au sein de la structure. Voir les développements à ce sujet dans la seconde partie.

⁴ pour une description et une analyse du pôle santé, voir seconde partie et annexes.

de vue de professionnels de santé sur la souffrance psychique, de savoir comment ils la percevaient et de quelle manière ils pouvaient intervenir.

□ **Démarche retenue en vue de comprendre les logiques d'intervention des institutions :**

Faisant le constat de la diversité des institutions concernées par cette problématique (en particulier le Conseil Général dans le cadre du dispositif RMI, la Ville de Strasbourg, les DDASS-DRASS), j'ai souhaité faire un état des lieux du partenariat dans ce domaine.

J'ai effectué un **stage au Conseil Général du Bas-Rhin**, au service du RMI⁵. D'une durée de un mois, ce stage m'a permis de voir de quelle manière la souffrance psychique était intégrée dans la politique d'insertion du Bas-Rhin, et quelles étaient les actions mises en œuvre dans ce cadre par le Département. J'ai notamment pu suivre le travail de deux psychologues RMI.

Lors de mon **stage à la DDASS du Bas-Rhin**, j'ai été soutenue en particulier par le coordinateur régional du PRAPS, le Dr Debionne, et par ma maîtresse de stage, Mme Pujazon. Cela m'a permis de comprendre le rôle de la DDASS et de la DRASS dans le cadre de cette problématique.

Outre les rencontres des différents professionnels, j'ai appuyé mon mémoire sur trois documents:

- le rapport d'activité du Dr Odile Risser-Colignon, médecin psychiatre chargée de mission santé- précarité à la DDASS du Bas-Rhin,
- le rapport du groupe de travail PRAPS sur la souffrance psychique (relatif aux pratiques professionnelles et aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans les dispositifs sociaux),
- une note problématique relative aux relations entre la psychiatrie et le social, à destination de l'ARH.

J'ai par ailleurs participé à un certain nombre de **réunions inter-institutionnelles** : une réunion du groupe PRAPS travaillant sur la souffrance psychique, et plusieurs réunions du groupe de travail sur l'articulation de la psychiatrie et du social (chargé de rédiger la note à l'attention de l'ARH).

Par cette démarche, j'ai souhaité avoir une vision globale de la problématique de la souffrance psychique sur le Bas-Rhin d'une part, et une approche concrète, proche de la réalité de terrain d'autre part.

⁵ stage extérieur, d'une durée de un mois, prévu dans le cadre de la formation des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

1 LA NOTION DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE LIEE A LA PRECARITE

1.1 La notion de souffrance psychique : définition, enjeux et réflexion

L'idée d'une souffrance liée aux difficultés de l'existence n'est pas nouvelle. La souffrance d'origine sociale est un thème très présent dans la littérature : la souffrance du poète (Vigny, *Chatterton*), la souffrance de l'inventeur (Balzac, *les illusions perdues*), la souffrance du peuple, de l'ouvrier (Hugo, *les misérables* ; Zola, *l'Assomoir*, *Germinal*)...

Les attitudes s'opposent cependant quant à la valeur à attacher à cette souffrance. Selon la morale chrétienne, la souffrance est noble, elle purifie en rachetant les fautes. Dans notre société actuelle, la souffrance n'est pas considérée comme une valeur. Elle apparaît au contraire comme intolérable et implique la nécessité de réagir.

En février 1995, le rapport Lazarus met en évidence l'existence d'une souffrance psychique liée à la précarité⁶, se faisant l'écho du malaise des professionnels du champ social.

Si, à partir de ce moment-là, la nécessité de prendre en charge cette souffrance est évidente, la notion n'en est pas moins incertaine.⁷ Maladie ? Mal de vivre ? Les types de réponses à apporter dépendent de ce que l'on entend par souffrance psychique.

Mais les incertitudes vont au-delà du contenu de la notion, exprimant un malaise quant au sens et aux enjeux de cette notion.

⁶ Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion. Président : Prof. Lazarus, rapporteur : Hélène Strohl ; février 1995

⁷ LAZARUS A. La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain. *Rhizome-Bulletin national santé mentale et précarité*, juillet 2001.

1.1.1 Définition de la souffrance psychique

A) La précarité, un facteur de fragilisation psychique des individus⁸

Le Haut Comité de la Santé Publique a authentifié la souffrance psychique comme ce qui signe en premier la précarité sociale. Douze à quinze millions de personnes seraient concernées en France⁹.

Les différentes études sur la santé des bénéficiaires du RMI identifient les problèmes de souffrances psychiques inhibantes (claustration, position dépressive, comportement de répétition d'échec, phobie, aboulie, apathie...) comme l'un des principaux problèmes de santé de cette population. Par ailleurs, au regard de la morbidité observée dans la population générale, on peut repérer une « surmorbidité » chez les allocataires du RMI, de l'ordre de plus 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.

Il s'agit ici de comprendre de quelle manière la précarité peut influencer l'état d'équilibre psychique d'individus.

L'entrée dans le dispositif du RMI intervient comme une rupture dans la vie d'une personne, un bouleversement de son environnement. Le processus social de la pauvreté agit en terme de déstabilisateur, remettant en cause l'équilibre psychique. La pauvreté est un facteur déstabilisant dans la mesure où elle place les personnes en décalage par rapport à la société. L'individu est exclu du monde du travail, de la société de consommation. Cette exclusion économique le conduit à une perte de sociabilité en même temps que ses relations avec sa famille se dégradent.

La stigmatisation de la pauvreté dans une société dominée par la valeur- argent et l'idéologie de la carrière entraîne un **sentiment de honte** : honte de ne pas être comme les autres, d'être exclu de la société de consommation, de loisirs, honte d'un échec

⁸ Voir sur ce point l'analyse de Fabrice Dhume dans *RMI et psychiatrie : deux continents à la dérive ?*, L'Harmattan, 1997, page 89s.

⁹ Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, février 1998, page 2.

professionnel. Vincent de Gaulejac analyse les mécanismes de défense mis en place par les individus pour supporter la violence psychique que la honte engendre¹⁰ :

- La dénégation : en niant la situation, l'individu garde l'estime de lui-même à travers une situation idéale qui n'existe plus.
- La résignation : la personne accepte l'image négative qui lui est renvoyée sans chercher à lutter contre ou à la nier.
- L'isolement, qui est une réaction courante chez les bénéficiaires du RMI. Le sentiment de honte qui les anime entraîne souvent une rupture des relations familiales, amicales, sociétales parce qu'ils « ne veulent pas être vus comme ça ». Cela entraîne certains individus dans un isolement total. Repliés sur eux- même, ils évitent tout contact avec autrui, toute relation sociale qui risqueraient de révéler leur situation.

-

La précarité a également pour corollaire l'**incertitude**. Le Docteur Fred Mayer, président de l'association Relais Emploi Santé Insertion, met ainsi en évidence les conséquences psychiques de l'incertitude inhérente au monde du travail actuel. Il cite une phrase de Marcel Pagnol : « je vous condamne à l'incertitude ». Cela résume bien le vécu douloureux, anxiogène et pathogène des bénéficiaires du RMI contraints à la précarité et à l'incertitude quant à leur avenir.

« Aurai – je un emploi ? Ou aurai- je une mission ?? Quand sera- t- elle terminée ?? ».

L'absence contrainte d'emploi génère une angoisse et un stress permanent, et a donc un impact direct sur la santé mentale des individus.

A.Piquard-Gauvain analyse par ailleurs l'impact de **la désorganisation des rythmes**¹¹. L'absence de travail régulier conduit à une absence de routine, de repères dans le temps, de contraintes au niveau des horaires (repas pris à n'importe quelle heure, rien n'impose l'heure du lever).

Le sentiment de « n'avoir rien à faire », de s'ennuyer, est souvent évoqué par les personnes rencontrées dans les dispositifs sociaux.

¹⁰ DE GAULEJAC Vincent, *La névrose de classe*. Paris : édition Hommes et groupes, 1987 ; voir également son intervention *Honte et Pauvreté* au colloque du Vinatier, *déqualification sociale et psychopathologie*, Lyon –Bron, octobre – novembre 1994.

¹¹ PIQUARD-GAUVAIN A. La psychiatrie et les plus pauvres , *actes du colloque du Vinatier, « déqualification sociale et psychopathologie »*, Lyon –Bron, octobre – novembre 1994, page 139.

La précarité apparaît bien ainsi comme un facteur de fragilisation psychique des individus.

« Contrairement à Freud, je ne pense pas que la sexualité constitue l'élément le plus important du comportement. Le froid, la faim et la honte née de la pauvreté sont plus susceptibles d'affecter la psychologie. »

(Charles Chaplin, Histoire de ma vie.)¹²

B) La souffrance psychique, une notion incertaine

L'existence d'une souffrance liée à la précarité est aujourd'hui mise en évidence et incontestée. Les incertitudes portent cependant sur le contenu même de cette notion de souffrance psychique. Si l'on sait ce que la souffrance psychique n'est pas (une maladie, un simple mal-être), il est par contre plus difficile d'en donner une définition positive.

a) *Définition négative de la notion de souffrance psychique*

La souffrance psychique va au-delà d'un simple mal-être

Le Pr.Cyrulnick parle de « résilience » : une situation sociale difficile, un événement traumatique, ... ne seront pas vécus de la même manière par tout le monde. Les capacités de chacun à rebondir, à faire face à des situations difficiles, ne sont pas identiques. Une situation difficile peut, selon les cas , être relativement bien vécue, générer un mal être que la personne arrive à surmonter, ou donner lieu à une souffrance psychique qui empêche de vivre, d'agir. Le processus n'est donc pas linéaire. La personne résiliente est celle qui a surmonté son traumatisme, ou sa douleur grâce à la rencontre d'une personne, ou suite à un événement auquel elle s'est raccrochée. Une rencontre ou un événement déclenchant un processus de résilience sont appelés des "tuteurs de résilience".

La souffrance psychique n'est pas une maladie

Un courant minoritaire souhaite que soit reconnue une nouvelle catégorie de pathologies mentales, les pathologies sociales, dont feraient parties les souffrances psychiques. Aucune analyse scientifique ne permet cependant aujourd'hui d'appuyer cette thèse. Au contraire, une très large majorité des professionnels intervenants auprès de personnes en souffrance psychique refusent d'assimiler cette souffrance à une maladie/ pathologie.

¹² CHAPLIN Charles. *Histoire de ma vie*. Paris : Robert Laffont, 1964. Cité par Vincent de Gauléjac in *Honte et Pauvreté* , actes du colloque du Vinatier, *déqualification sociale et psychopathologie*, Lyon –Bron, octobre – novembre 1994.

Le rapport Lazarus se réfère à cet égard à « *certaines formes de mal être, qui ne sont pas de la maladie mentale, et qui n'y conduisent pas forcément* » (page 15). Jean Maisondieu, psychiatre, montre qu'une approche de la souffrance psychique en terme de maladie est inadéquate et peut même être dangereuse. L'exclusion fait souffrir, mais elle n'est pas une maladie en soi, ni même forcément une conséquence de la maladie. « *Les névroses de destinée, la compulsion à l'échec et autres intéressantes explications ne peuvent plus tout expliquer. Pas plus que l'état dépressif ne peut être un diagnostic sérieux chez un Rmiste abattu, triste, anxieux, insomniaque et céphalgique parce qu'il n'a ni argent, ni domicile, ni travail. Si dans ce contexte il était heureux et détendu, c'est alors que se poserait la question de sa maladie* »¹³. Il dénonce ainsi un « *abus de langage qui tend à transformer un malheureux en malade* »¹⁴. Il affirme ne rencontrer que très exceptionnellement des dépressions chez les bénéficiaires du RMI, dans une proportion qui n'excède pas la moyenne nationale. Plus que de dépressions, il faut selon lui parler de "pathologie du désespoir". Parler de cette souffrance comme d'une maladie (dépression...) est un abus de langage dangereux car il peut conduire à un abus de soins psychiatrique. Mais ce n'est pas parce qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale que le psychiatre n'a aucun rôle à jouer. « *Là où le Sujet est en danger, là, une fois de plus, doit être le psychiatre* »¹⁵. La psychiatrie doit aujourd'hui dépasser la seule référence à la maladie mentale, repenser ses conceptions et revoir ses outils traditionnels manifestement inadaptés à la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité. Jean Maisondieu appelle les psychiatres à réaliser qu'à côté des *pathologies de la liberté* classiques se développent de véritables *pathologies de la fraternité*.

b) Approche positive de la notion de souffrance psychique

Le groupe de travail à l'origine du rapport Lazarus a fait le choix d'une approche concrète de cette notion, en retraçant en introduction l'histoire de personnes en souffrance. La diversité de ces souffrances d'origine sociale apparaît alors (souffrance d'un enfant, souffrance d'un immigrant, souffrance du cadre licencié¹⁶...), ainsi que le dysfonctionnement des dispositifs sociaux.

¹³ MAISONDIEU J. Psychiatrie des limites, limites de la psychiatrie, *Actes du colloque du Vinatier « Déqualification sociale et psychopathologie »*, Lyon- Bron, octobre – novembre 1994, page 177.

¹⁴ *ibid*, page 178.

¹⁵ MAISONDIEU J. Exclusion, psychiatrie et fraternité, *l'Information Psychiatrique* n°4, avril 1998

¹⁶ *ibid*, page 3 à 7.

L'ORSPERE (dont le directeur scientifique est le Dr Jean Furtos) a contribué à définir ce concept¹⁷. L'ORSPERE a proposé la notion de « clinique psychosociale », définie comme la souffrance qui apparaît sur les lieux du social et empêche le travail social.

Ces approches mettent en évidence les deux dimensions de la problématique de la souffrance psychique, à savoir la souffrance de la personne et la conséquence de cette souffrance sur le travail social et le fonctionnement des dispositifs sociaux.

Le RESSCOM¹⁸, propose une définition de la souffrance psychique en mettant en avant les différentes dimensions de cette souffrance. « *Plusieurs dimensions coexistent dans cette souffrance : la traduction d'un état (tensions, douleur intime, symptôme), d'un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère insupportable d'une situation) et d'une manière d'agir, de gérer les tensions, de se manifester (éventuellement d'une manière violente). Il est également utilisé les termes de « mal être » et de « façon de ne plus arriver à réaliser le sens de sa vie ».*

Le rapport du Haut Comité de Santé Publique sur « *la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* » (février 2000) apporte également un certain nombre d'éléments de définition : « *La souffrance psychique peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée elle peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver l'inclusion sociale d'un individu. Pour être perçue cela nécessite d'être attentif aux situations de risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Une attention particulière doit être portée à la répétition, à la continuité et à la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle ».*

Le concept actuellement retenu est celui de « souffrance invalidante ». On retrouve notamment cette approche dans le rapport relatif à « *l'évolution des métiers en santé mentale* » d'avril 2002.

La souffrance invalidante va au-delà du simple mal être, car elle empêche d'agir. Cet immobilisme est particulièrement caractéristique des personnes en souffrance psychique. Une incapacité à agir (sans désir, n'arrivant plus à réaliser le sens de la vie...) les place dans une position d'attente.

¹⁷ rapport ORSPERE sur les *points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, résultant de deux recherches- action, décembre 1999

¹⁸ RESSCOM, séminaire « *Ville, violences et santé mentale* », avril 2001. Cité dans le rapport du groupe de travail DGS relatif à « *l'évolution des métiers en santé mentale* », avril 2002.

Etymologiquement, le terme « *souffrance* » vient du latin, « *sufferentia* », qui signifie résignation, tolérance, endurance. « Etre en souffrance » signifie également être en attente : on parle d'une lettre en souffrance pour une lettre en attente d'un destinataire, ou d'une affaire en souffrance pour une affaire en attente d'un dénouement. Finalement, la personne en souffrance est celle qui est en attente d'un dénouement, d'un destinataire dans le dispositif.

1.1.2 Enjeux et réflexion autour de la notion de souffrance psychique

La question de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité est aujourd'hui unanimement considérée comme une priorité de santé publique et a peu fait l'objet d'une approche critique. Il ne s'agit pas de nier la réalité de cette souffrance, mais de s'interroger sur le sens et les enjeux d'une qualification en termes de souffrance psychique des effets de la précarité.

A) Une souffrance « partagée »

Toute l'ambiguïté de la notion de souffrance psychique réside ainsi dans le fait que cette souffrance est révélée à travers le regard de professionnels. Le rapport Lazarus par exemple dévoile la réalité de la souffrance ressentie par les professionnels, leur sentiment d'échec et d'impuissance. Le point de départ de la réflexion était bien le malaise des professionnels : « *c'est le point de départ de la réflexion : d'une part parce que c'est bien du terrain, c'est à dire des professionnels que sont arrivées les premières alertes sur ce thème, d'autre part parce qu'il y a, à cause du mal être des intervenants une urgence objective à traiter la question* »¹⁹.

La souffrance psychique correspond-elle à la souffrance des personnes désignées ou à un malaise des institutions ?

Les réflexions les plus récentes sur cette question adoptent une toute autre approche, partant des besoins, des profils des personnes en souffrance, en vue de déterminer les évolutions des interventions des professionnels des différents champs, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. C'est cette méthodologie qui a été adoptée par le groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale »²⁰.

¹⁹ rapport Lazarus « une souffrance qu'on ne peut plus cacher », page 10.

²⁰ Rapport du groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé », présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002.

Prenant du recul, le Professeur Lazarus parle aujourd'hui d'une « souffrance partagée »²¹.

B) La souffrance psychique : « un paradigme écran ²² » ?

Le Professeur Lazarus qui avait contribué à accréditer ce concept reconnaît être de plus en plus critique : « après ces années où j'ai, moi aussi, dans le sentiment de l'urgence à l'assistance à personnes en danger, contribué à accréditer ce concept encore incertain et évident de souffrance liée à la précarité, je me demande vraiment si nous n'avons pas contribué ainsi à troubler (...) nos capacités de lecture politique de la précarité et de l'exclusion »²³. Un certain nombre de personnes mettent ainsi en garde contre ce concept : les rapports, les groupes de réflexion, les dispositifs se multiplient, mais finalement ne s'occupe-t-on pas de la souffrance psychique du pauvre à défaut de pouvoir agir sur la pauvreté elle-même ? Il ne s'agit pas de remettre en cause la nécessité de prendre en charge cette souffrance, mais de mettre en garde contre le danger de réduire la pauvreté à ce seul aspect psychologique. Ces dispositifs doivent être conçus dans l'intérêt de l'utilisateur et non pour soulager la conscience de ceux qui, soucieux d'aider, s'aperçoivent de leur impuissance.

C) La souffrance psychique : psychiatrisation d'une question sociale ?

Dans le cadre des réflexions actuelles sur la prise en charge de la souffrance psychique des populations démunies, un certain nombre de personnes s'inquiètent du risque de contrôle social, de contrôle des populations par la médicalisation²⁴. La souffrance psychique est perçue comme une construction justifiant la sanitarisée de la question sociale, en vue d'une pacification de la société sur des questions extrêmement sensibles politiquement²⁵.

²¹ intervention du Professeur Lazarus à la journée d'échange et de réflexion sur le thème de l'insertion et de la santé à Strasbourg, 17 octobre 2002.

²² LEBAS J. La souffrance psychique : un paradigme écran ?, *Rhizome*, juillet 2001, page 6.

²³ LAZARUS A. La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain, *Rhizome*, juillet 2001, page 1.

²⁴ AIACH, P. DELANOE, *L'ère de la médicalisation*. Editions Anthropos, collection « sociologique », Paris 1998.

²⁵ KESSAR Z. Regard critique sur les usages sociaux et politiques de la souffrance psychique, *Rhizome*, juillet 2001, page 13.

Marcel Jaeger oppose à cet argument l'urgence de l'accès aux soins des exclus. Par rapport à la population générale, les bénéficiaires du RMI consultent moins que les autres et consomment moins de médicaments psychotropes, bien qu'ils souffrent de plus de problèmes de santé mentale. Le paradoxe est donc le suivant : « ceux qui ont le plus besoin de soins n'y ont pas accès, tandis que ceux qui en ont le moins besoin, voire qui n'en ont pas besoin, ont une demande excessive »²⁶.

1.2 Le cadre juridique : la souffrance psychique, à la croisée des politiques sociales et sanitaires

Le système de protection sociale français connaît une division structurelle, institutionnelle et juridique avec d'un côté le « sanitaire » régi depuis 1970 par la loi hospitalière et la législation spécifique à la psychiatrie, et de l'autre « le social et le médico-social » relevant des deux lois du 30 juin 1975²⁷.

Sur le plan juridique, la question de la souffrance psychique est prise en compte dans chacun de ces deux blocs. Ainsi, les orientations gouvernementales en la matière apparaissent à la fois dans le programme de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale présenté en juillet 2001 et dans le programme gouvernemental de santé mentale publié en novembre 2001.

1.2.1 La prise en compte de la souffrance psychique dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale

A) Le dispositif du Revenu Minimum d'Insertion

La loi n°1988-1088 du 1^{er} décembre 1988 instaurant le revenu minimum d'insertion (RMI) comporte deux volets :

- la garantie d'un revenu minimum par le versement d'une allocation différentielle aux personnes de plus de 25 ans en fin de droit d'allocation chômage ou n'ayant aucune source de revenus.
- un volet « insertion », tant sur le plan social que professionnel.

Le dispositif RMI est cogéré par l'État et le Conseil Général. Le financement des allocations du RMI est du ressort de l'État, le Département est partie prenante pour le volet insertion. A ce titre, il doit inscrire dans le budget départemental au moins 17 % des

²⁶ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, collection Dunod, Paris, 2000, page 65.

²⁷ Loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

allocations versées par l'État dans le Département l'année n-1. Le conseil Général finance ainsi des actions en faveur des bénéficiaires du RMI centrées sur l'accès et le retour à l'emploi, l'accompagnement social, le logement, la santé et le transport.

Les orientations départementales de la politique d'insertion sont fixées par le Conseil Départemental d'Insertion qui est présidé conjointement par le Préfet et par le Président du Conseil Général. Le CDI est chargé d'élaborer et de valider le Programme Départemental d'Insertion (PDI). Les Commissions locales d'insertion (CLI) sont chargées de la mise en œuvre de la politique d'insertion au niveau local (arrondissement).

L'article 42-4 de la loi n°92-722 du 29 juillet 1992 dispose qu'un contrat d'insertion doit être signé entre l'allocataire et la CLI. Le contenu du contrat concerne la nature du projet d'insertion, la nature des facilités qui peuvent être offertes pour aider à la réalisation de ce projet ainsi que la nature des engagements réciproques et le calendrier des activités. L'article 42-5 précise que l'insertion peut prendre des formes diverses: insertion professionnelle (formation ou emploi), insertion sociale (par le logement, la culture, le sport...), insertion par la santé...

Une présentation du dispositif RMI dans le Bas-Rhin figure en annexe (annexe ,page).

B) Le dispositif de lutte contre les exclusions

La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (dite loi LCE) tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. La prise en charge des problèmes de santé (physique/ psychique) des personnes précaires y est reconnue comme une priorité nationale (article 67).

L'article 71 de la loi prévoit l'établissement dans chaque région d'un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS). **La circulaire du 21 mars 1995** invitait déjà les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales à élaborer un Plan Départemental d'Accès aux Soins pour les plus démunis (PDAS). Sa mise en œuvre dans une trentaine de départements a permis d'élaborer une méthode de travail avec les divers partenaires qui concourent à la santé des plus démunis. La loi de 1998 a permis de donner une véritable impulsion et de généraliser cette démarche en rendant obligatoire la mise en place de ces programmes.

Les PRAPS sont soumis à la validation du Comité Régional des Politiques de Santé, créé par l'article 71 de la loi LCE. L'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes sont coordonnées par le représentant de l'État dans la région. Le PRAPS est prévu pour une durée de trois ans. Ainsi, la première génération des PRAPS couvre la période 2000-

2002. La **circulaire du 23 février 1999** en a précisé les modalités et des crédits importants ont été prévus pour faciliter leur développement.

La prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale est une thématique identifiée par l'ensemble des PRAPS de première génération. La prise en compte de cette thématique sera encore renforcée dans le cadre des PRAPS de deuxième génération. La **circulaire relative aux PRAPS de deuxième génération du 19 février 2002** rappelle cette priorité en soulignant les besoins mis en évidence par les régions et formule un certain nombre de propositions d'action (annexe 6 de la circulaire).

Le programme national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale adopté en juillet 2001 a renforcé les moyens financiers alloués en 2002 dans le cadre des PRAPS au titre des actions visant à favoriser l'accès aux soins psychiques des publics les plus démunis. Trois grands axes d'intervention sont prévus dans ce cadre :

- L'adaptation de l'offre de soins et de pratiques professionnelles (amélioration de la prise en charge sanitaire par une clarification des modalités d'admission et d'orientation, réduction ou suppression des zones non couvertes par l'offre de service public, amélioration de la préparation de la sortie par les établissements psychiatriques pour assurer la continuité des soins),
- Le partenariat local entre la psychiatrie et les autres acteurs sociaux (démarches de décloisonnement par la constitution de réseaux de proximité et la formalisation de conventions),
- L'action directe auprès des publics démunis et le développement de la prévention (intervention d'un professionnel de la psychiatrie dans les lieux de vie et de passage).

Afin que ces préconisations d'actions trouvent une traduction concrète, la **circulaire budgétaire du 31 décembre 2001** invitent les ARH « à être attentif à l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité telle que prévue dans le volet santé mentale du nouveau programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion ».

La secrétaire d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion, Dominique Versini, a présenté le 25 mars 2003 un **plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion**, visant notamment à améliorer la prise en charge de la souffrance psychique en impliquant davantage les psychiatres. Les préconisations en la matière ont été faites sur la base des conclusions d'un groupe de travail sur la souffrance psychique piloté par le Professeur Philippe-Jean Parquet, pédopsychiatre au centre hospitalier universitaire de Lille. Ce programme prévoit :

- une actualisation du code de la santé publique pour ce qui concerne les missions de la psychiatrie, afin d'organiser l'association des services de la psychiatrie (publique et privée) avec les services sociaux,
- le développement des interventions des professionnels des secteurs psychiatriques dans les lieux d'hébergement par le biais de dispositifs mobiles (équipes mobiles),
- de former davantage les travailleurs sociaux à la question de la souffrance psychique,
- de prendre en compte cette problématique dans l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération.

1.2.2 La prise en compte de la souffrance psychique dans le cadre de la réglementation sanitaire : l'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale

Depuis un demi-siècle, les institutions psychiatriques ont connu une profonde rénovation, allant dans le sens d'une ouverture de la psychiatrie quant à ses lieux d'intervention (développement des alternatives à l'hospitalisation), et quant à son champ d'intervention (émergence du concept de santé mentale).

- A) La mise en place de la sectorisation et le développement des alternatives à l'hospitalisation : un premier niveau d'ouverture de la psychiatrie

La **circulaire n°340 du 15 mars 1960** indiquait que « le principe de lutte contre les maladies mentales » doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu ordinaire de vie et que l'hospitalisation « ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de post-cure ». Cette circulaire prévoyait l'intervention des psychiatres dans des structures sociales, l'établissement d'un partenariat. En pratique, les alternatives à l'hospitalisation se sont développées (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...), mais la liaison du sanitaire avec le social ne s'est pas faite.

- B) Une mission de santé publique

Dans la mesure où la psychiatrie est un système médical public et qu'elle participe au service public hospitalier, les pouvoirs publics définissent les missions des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier. Ces missions sont précisées par la loi et le règlement.

L'article L.6112-1 alinéa 7 du code de la santé publique, modifié par la loi LCE de 1998, dispose que les établissements de santé concourent « *à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux* ».

L'ancien article L.711-4 du code de la santé publique, également modifié par la loi LCE de 1998, dispose désormais que: les établissements « *dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état de santé et veillent à la continuité de ces soins en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation* ».

La **circulaire du 14 mars 1990** relative aux orientations de la politique de santé mentale rappelle que la psychiatrie a une mission de santé publique. Elle a pour mission « *l'accessibilité des services pour l'ensemble de la population, l'accueil, la réponse à l'urgence* », *l'articulation avec l'hôpital général...* ». L'accessibilité aux soins suppose « *que l'équipe psychiatrique se trouve disponible, là, et au moment où la population peut aisément accéder, et qu'une information ait été faite au public. L'organe principal de l'accueil ainsi défini est le centre médico-psychologique* ».

La **circulaire du 8 septembre 1998**²⁸ relative à la mise en œuvre de la loi LCE dispose que la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique et de la pathologie mentale chez les publics en situation de précarité constitue une des missions des secteurs de psychiatrie. Les réponses à apporter peuvent notamment prendre la forme d'un soutien psychiatrique dans les structures d'accueil et d'hébergement des publics en situation de précarité, d'un soutien en direction des intervenants sociaux...

C) La volonté de refonder la politique de santé mentale

- Trois rapports récents témoignent d'une volonté politique d'accompagner l'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale²⁹. Le **rapport du groupe de travail "L'évolution des métiers en santé mentale**, recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé" diligenté par le bureau de la santé mentale de la DGS, a été présenté au Comité Consultatif de Santé Mentale le 11 avril 2002. Ce rapport part d'une analyse des besoins pour déterminer le niveau d'intervention et le rôle de chaque

²⁸ circulaire DGS/ DAGPB /DAS n°98/568 du 8 septembre 1998, relative à la mise en œuvre de la loi LCE

²⁹ LEPOUTRE R., BONAL C., JAEGER M., KANNAS S. Trois rapports pour passer à la santé mentale, Pluriels-La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, septembre 2002, numéro 33.

professionnel de la santé mentale. Le **rapport du groupe de travail "Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale"** a été diligenté par la DHOS et présenté au Comité Consultatif de Santé Mentale en avril 2002. Ce rapport met en avant des principes fondamentaux (accessibilité et proximité, qualité de l'offre, continuité des soins, soutien et implication des familles) et des besoins essentiels (prévention, réponse à l'urgence et à la crise, soins et réinsertion). Le troisième rapport, **"la démocratie dans le champ de la santé mentale"** a été remis au ministre délégué à la santé par son rapporteur, le Dr Roelandt, en avril 2002. Ce rapport est axé sur la démocratie sanitaire par l'implication des usagers et la mise en place de réseaux (décloisonnement des pratiques, partenariat).

- Dans le cadre de la **journée mondiale de la santé du 5 avril 2001**, le ministre délégué à la santé a affirmé sa volonté de refonder la politique de santé mentale, en faisant notamment évoluer les pratiques professionnelles en vue d'une meilleure coopération entre les institutions sociales, médico-sociales et la psychiatrie. L'accent a été mis sur la nécessité de tendre vers une organisation en réseau, de renforcer les actions d'appui technique auprès des professionnels sociaux, de favoriser la présence d'un professionnel de psychiatrie dans les lieux de vie et de passage, de faciliter un repérage précoce des situations de souffrance psychique.
- Le **plan gouvernemental de santé mentale** rendu public le 14 novembre 2001 met notamment en avant l'importance des lieux de rencontres pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles qui permettent de croiser les problématiques sanitaires, éducatives, sociales et médico-sociales.

L'analyse de ce cadre juridique montre bien que la souffrance psychosociale est un objet intermédiaire aux politiques sanitaires et sociales. Les réponses d'ordre médical à la prise en charge de cette souffrance sont largement mises en avant (implication de la psychiatrie essentiellement), alors que les réponses d'ordre social ne sont peut-être pas suffisamment soulignées.

L'analyse de terrain des différentes actions conduites dans le Bas-Rhin tend à confirmer cette approche presque exclusivement sanitaire de la souffrance psychosociale.

2 LA PRISE EN COMPTE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE DANS LE BAS-RHIN : D'UNE DEMANDE DE TERRAIN A UNE REPONSE INSTITUTIONNELLE

Les acteurs du champ social, confrontés en première ligne à des situations de souffrance psychique, ont fait part à la Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales des difficultés importantes qu'ils rencontraient dans leurs missions d'accompagnement et d'insertion sociale. Ces sollicitations ont conduit à une prise de conscience de l'importance du problème dans le Bas-Rhin.

2.1 L'évaluation des besoins dans le Bas-Rhin

Dans le Bas-Rhin, l'observation locale a permis de constater qu'un nombre important de personnes prises en charge dans les dispositifs sociaux étaient dans une situation de souffrance psychique. Cette souffrance invalidante a été identifiée comme un frein, voire un obstacle à l'insertion.

Suite à ce constat, une consultation a été menée dans le département auprès des différents services sociaux et associations.

Cette consultation a permis de décrire les publics concernés et de déterminer les besoins de ces publics, de préciser les difficultés rencontrées par les professionnels qui les accueillent et leurs attentes, et de proposer des pistes d'actions compte tenu des actions d'ores et déjà engagées au titre de la prise en charge de la souffrance psychique.

Les résultats de cette observation locale ont été synthétisés dans une note à l'attention de l'agence régionale de l'hospitalisation, élaborée par le coordinateur du PRAPS, des membres du comité de pilotage du SROS psychiatrie et du PRAPS, le médecin psychiatre chargée de mission à la DDASS, un psychologue du dispositif RMI.

2.1.1 Identification des publics concernés et détermination de leurs besoins

Différentes études et enquêtes ont permis d'identifier la souffrance psychique comme une des principales problématiques de santé des personnes en situation de précarité. Un

travail de description des publics concernés a abouti à l'établissement d'une typologie qui a permis d'identifier les besoins de ces publics.

A) Identification de la souffrance psychique comme une des principales problématiques santé

L'observation menée dans les différents dispositifs sociaux a permis de mettre en évidence la fréquence des problèmes de souffrance psychique. Les différents professionnels intervenant dans le dispositif RMI sont à l'origine de la réflexion sur la souffrance psychique. Acteurs de première ligne, ils ont été les premiers à identifier cette problématique et à alerter les institutions. Ce constat des acteurs du champ social a été confirmé par différentes études et enquêtes.

a) *Une évaluation a été menée dans le cadre du dispositif RMI*

En 1994, une évaluation départementale menée dans le cadre du dispositif RMI mettait en évidence les principaux problèmes de santé des bénéficiaires du RMI :

- les problèmes de dépendance (alcoolisme, toxicomanie surtout),
- les plaintes somatiques récurrentes (mal de dos...),
- les troubles psychiatriques pris en charge ou non par les dispositifs de soins,
- tout ce qui relève des « souffrances psychiques inhibantes » (position dépressive, comportement de répétition d'échec, phobie, aboulie, apathie...).

b) *Une étude menée dans les CHRS du Bas-Rhin*

Une étude a été commandée par la DDASS du Bas-Rhin à la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS région Alsace) dans le cadre des travaux du PRAPS sur l'accès à la santé des personnes accueillies dans les CHRS du Bas-Rhin. Ce rapport a été remis à la DDASS en juillet 2000. Cette étude avait pour objectif de solliciter l'expression des acteurs de terrain. Il s'agissait d'identifier les problématiques de santé des personnes hébergées en CHRS, d'analyser les interactions existantes entre le domaine sanitaire et le domaine social, et de formuler des propositions d'amélioration.

Cette étude identifie la souffrance psychique comme une des problématiques santé principales : « ces personnes ne souffrent pas plus que la population générale de maladies mentales répertoriées mais plutôt d'une souffrance psychique qui est à la fois la cause et la conséquence d'un environnement social très dégradé » (page 95 du rapport de la FNARS). En termes de propositions d'action, l'étude souligne que la responsabilité de la prise en compte de la souffrance psychique doit être partagée : « dès lors que l'expression d'une souffrance ne renvoie pas exclusivement à une pathologie mentale, mais à l'intrication complexe de difficultés psychologiques, économiques et sociales, il

n'est plus de mise pour les professionnels de chaque secteur, d'agir séparément sur des morceaux de réalité distincts ».

Cette étude n'est pas une analyse scientifique, elle ne propose aucune donnée d'ordre quantitatif. Elle permet d'avoir une approche qualitative, subjective à travers l'expression des acteurs de terrain. Les constats et l'analyse qui en ressortent ont été pris en compte dans l'élaboration du PRAPS et du schéma Accueil, Hébergement, Insertion.

c) L'enquête statistique menée dans les Missions Locales

A la demande de plusieurs Missions Locales, une réunion sur la problématique « santé jeunes » s'est tenue le 21 mai 2002. Une enquête statistique relative à cette problématique a été effectuée à cette occasion. Environ un tiers du public a des difficultés liées à la santé. La problématique la plus fréquente est la souffrance psychique :

- 39,02 % des personnes présentant des difficultés de santé à la Mission Locale de Molsheim (soit 80 personnes) sont en situation de souffrance psychique/ mal-être,
- 35,78% des personnes présentant des difficultés de santé à la Mission Locale de Haguenau (soit 117 personnes) sont en situation de souffrance psychologique,
- 35 % environ des personnes présentant des difficultés de santé à la Mission Locale de Sélestat (soit 188 personnes) sont en situation de mal-être, angoisse, dépression.

B) Typologie des publics

Le public accueilli dans les structures d'accueil et d'hébergement d'urgence, ou celui rencontré dans les structures d'insertion professionnelles et sociales, ne présente généralement pas les mêmes caractéristiques. La DRASS a proposé une typologie des publics en difficulté, distinguant :

- Les personnes fortement désocialisées, très éloignées d'une démarche d'insertion et de soins construite,
- Les personnes en situation précaire, mais appréhendées à travers un ou plusieurs dispositifs et structures d'insertion sociale et professionnelle. Les usagers de ces dispositifs ne sont pour la plupart pas en situation d'errance ou de grande marginalité.
- Les demandeurs d'asile.

Ces publics sont traditionnellement appréhendés en fonction de leur situation sociale (bénéficiaires du RMI, personnes accueillies en structure d'hébergement...). Les problématiques de ces différents publics au regard de la santé mentale sont finalement apparues comme comparables. Le Dr Risser-Colignon a proposé alors d'établir une

typologie de ces publics en fonction de leur rapport aux soins. Quatre types de publics ont ainsi été définis ³⁰:

a) *Les personnes en démarche de soins effective ou supposée telle :*

Pour ce type de public, une des difficultés consiste à maintenir la personne dans cette démarche.

Les professionnels soulignent que la démarche médicale est souvent vécue comme trop contraignante du fait de l'instabilité psychique de ces personnes, ou du fait de leurs conditions de vie précaires. Les professionnels pointent les difficultés de ce public à suivre un traitement médicamenteux dans la durée, à prendre des médicaments à heures régulières (en particulier pour les personnes à la rue), à éviter les « oublis », à respecter les rendez-vous (les repères spatio-temporels sont souvent perturbés)...

Une autre difficulté est de bénéficier d'un soin approprié. La plupart des personnes en situation de souffrance psychique engagées dans une démarche de soins bénéficient d'un traitement antidépresseur et/ou anxiolytique.

Enfin, des incohérences dans l'articulation entre la démarche médicale et l'itinéraire social de la personne sont fréquemment évoquées. La communication entre les différents intervenants ne se fait pas toujours. Les instructeurs RMI ne sont pas toujours informés de l'hospitalisation d'un bénéficiaire dont ils ont en charge le suivi, ou ne connaissent pas la date de sortie d'hôpital. Lorsqu'ils tentent d'obtenir des informations de la part du secteur psychiatrique, ils se voient opposer le secret médical. Des carences au niveau du suivi à la sortie de l'hospitalisation sont également signalées : le suivi de post-cure est souvent inexistant ou rapidement interrompu.

b) *Les personnes en demande de soins :*

Des carences en termes d'accès aux soins sont soulignées. Les situations de souffrance psychique sont diffuses, variées. Elles ne forment pas une catégorie aisément identifiable, d'où l'importance du diagnostic en vue de déterminer une orientation adaptée. Les travailleurs sociaux dénoncent les difficultés auxquelles ils sont souvent confrontés lorsqu'ils veulent obtenir une consultation au CMP de secteur : ils ne peuvent obtenir qu'un rendez-vous éloigné de plusieurs semaines ou on leur répond que l'intéressé doit téléphoner lui-même.

La question de l'accès aux soins se pose notamment pour les personnes habitant en milieu rural ou semi-rural, où l'offre de soins spécialisés est peu étoffée. La nécessité de se déplacer, les difficultés en termes de transport, constituent un frein supplémentaire.

³⁰ Dr Odile Risser- Colignon, médecin psychiatre chargée de mission santé/précarité à la DDASS du Bas-Rhin, rapport d'activité, novembre 2002.

Ces obstacles au niveau de l'accès aux soins posent d'autant plus problème que les travailleurs sociaux ont fait en amont tout un travail pour amener la personne à formuler une demande de soins. L'entrée dans une démarche médicale est souvent vécue avec angoisse (peur de l'hospitalisation associée à l'enfermement, mauvais souvenir d'une expérience thérapeutique antérieure).

c) Les personnes en déni des troubles :

C'est le cas le plus fréquent. Qu'ils ne se considèrent pas malades, ou qu'ils soient indifférents à la souffrance, la démarche de soin n'a pas de sens pour ces personnes.

Cette position de déni est souvent liée à l'absence de désir : absence du désir de communiquer, d'entrer en relation, de comprendre. « Je dirais que ce qui caractérise le mieux cette souffrance, c'est cette absence de désir, ils ne désirent plus rien... Il ne faut pas penser en termes de besoins, mais en termes de désir » (un infirmier psychiatrique). Absence de désir, indifférence à la souffrance, refus de ses difficultés, peur du thérapeutique...empêchent la formulation d'une demande qui supposerait une démarche vers l'autre, de s'adresser à quelqu'un, d'exprimer un besoin.

L'allusion à une démarche thérapeutique est cependant taboue. Les démarches d'insertion sociale ou professionnelle engagées se soldent par des échecs, la personne est installée durablement dans les dispositifs sociaux.

d) Les personnes relevant d'une prise en charge dans l'urgence

Il arrive que le travailleur social soit confronté à des situations relevant de l'urgence : décompensations aiguës, états marqués d'agitation et d'agressivité, tentatives de suicide...

2.1.2 Identification de la souffrance psychique comme frein à l'insertion

L'observation locale a permis de montrer que ces situations de souffrance psychique constituaient un frein à l'insertion et à l'accompagnement social.

A) Dans le cadre du dispositif RMI

Les instructeurs RMI font le constat d'échecs dans leur mission d'aide à l'insertion lorsque les personnes suivies se trouvent en situation de grande souffrance psychique. L'état de souffrance y est particulièrement inhibiteur. Les démarches d'insertion sociale et professionnelle (stages, formations...) se multiplient et se soldent par des échecs.

Un certain nombre de données statistiques corroborent ce constat de terrain :

- Les données statistiques de la Commission Locale d'Insertion de Saverne (dans le cadre du bilan de son programme local d'insertion 2000-2002) révèlent que dans 12 % des cas la principale entrave à la recherche d'un emploi est d'ordre psychique.

- une enquête concernant les bénéficiaires du RMI depuis plus de cinq ans a été commandée (en 2002) au CREAM d'Alsace par le Conseil Départemental de l'Insertion, chargé de piloter le dispositif RMI dans le Bas-Rhin.

En ce qui concerne la problématique santé (qui n'est pas le principal objet de cette étude), il apparaît que dans 35 % des cas, les difficultés rencontrées dans la recherche d'un emploi sont liées à un problème de santé. L'étude ne distingue pas cependant les difficultés d'ordre physique ou psychique.

B) Dans le cadre du dispositif d'accueil et d'hébergement

L'enquête de la FNARS sur la santé dans les CHRS insiste sur la nécessité d'appréhender la santé comme une condition de la réinsertion sociale. L'intégration de la santé dans le projet de réinsertion est incontournable, que ce soit pour le bien-être qu'elle procure ou par devoir de respect des personnes envers elles-mêmes et la société, ou encore pour des raisons pragmatiques car *« chacun sait que le fait de présenter une apparence relativement saine et soignée constitue plus qu'un atout, une condition de possibilité à toute démarche d'insertion »* (page 102). Cette affirmation concerne à la fois les problèmes de santé physiques et psychiques.

2.1.3 Identification des difficultés rencontrées par les professionnels³¹

La souffrance psychique a été identifiée par les acteurs de terrain comme une des principales problématiques de santé des personnes en situation de précarité. Ils sont conscients de la nécessité de prendre en compte cette difficulté dans leur travail d'accompagnement et d'aide à l'insertion. Un certain nombre d'outils institutionnels ont été mis en place et ont eu des résultats positifs. Cependant, les travailleurs sociaux sont actuellement confrontés à des situations de souffrance psychique de plus en plus lourdes et chroniques. Ils font état d'un certain nombre de difficultés liées au manque d'outils de repérage de la souffrance psychique, aux personnes elles-mêmes et aux carences en matière de partenariat.

A) Les difficultés liées au manque d'outils de repérage de la souffrance psychique

- Les acteurs du champ social ont des difficultés de repérage et d'évaluation des situations de souffrance psychique.

³¹ Note sur « l'articulation de la psychiatrie et des dispositifs d'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion sociale » élaborée par un groupe de travail dans le cadre du PRAPS Alsace 2003-2006

C'est une souffrance qui s'exprime de manière diffuse. Le travailleur social est alerté par un certain nombre de clignotants (repli sur soi, surconsommation médicamenteuse, consommation d'alcool, fatigue...).

Ils ne parviennent que rarement à faire établir un diagnostic par le secteur tout en se faisant souvent reprocher par ce même secteur soit d'avoir effectué un diagnostic qui ne relève pas de leur compétence, soit d'avoir adressé une personne dont la pathologie psychiatrique n'est pas avérée.

- Ils s'interrogent sur la légitimité de leur intervention : en tant que travailleurs sociaux, est-ce à eux d'intervenir sur le plan de la souffrance psychique ?
- N'ayant pas été formés pour faire face à ces situations de souffrance psychique, ils craignent d'être inopérants, voire de faire du mal.

Comment définir un parcours d'insertion adapté ? Dans quelle mesure la situation de telle personne en souffrance est compatible avec son projet professionnel ? Faut-il inciter la personne qui s'isole à participer à des activités de groupe ou la laisser tranquille ?

- Enfin, les acteurs du champ social mettent en avant le manque de temps. La prise en charge de ces personnes en souffrance supposerait des temps d'écoute importants, or ils ne disposent pas de ce temps.

B) Les difficultés liées aux personnes

Les travailleurs sociaux se heurtent à un certain nombre de difficultés liées aux personnes, qui sont autant d'obstacles à la relation d'aide.

L'accompagnement social pour le traitement des questions de santé est lié à la relation d'aide qui suppose l'adhésion des usagers. L'accompagnement trouve ses limites en cas de refus de soins ou de déni de la part de l'utilisateur. Toute la difficulté pour le travailleur social consistera à faire émerger une demande, à faire accepter la relation d'aide.

Faut-il aider une personne qui ne demande rien ? Comment l'aider ? Comment l'amener à formuler une demande alors qu'elle considère aller très bien ou qu'elle est persuadée qu'on ne peut rien pour elle ? Les différents acteurs du champ de la santé mentale sont en permanence confrontés à ces questions difficiles, liés par deux exigences : celle du respect de la liberté de la personne d'une part, et celle de l'obligation d'assistance à une personne en danger d'autre part.

Les comportements des personnes en souffrance, parfois marqués par l'agressivité, la violence, posent de réelles difficultés dans la relation d'aide. Ces

comportements peuvent induire des réactions de peur, de rejet chez les professionnels, et sont d'une manière générale difficiles à gérer.

Les problèmes de dépendance (alcool, drogue) sont associés à la situation de souffrance psychique d'un certain nombre de personnes. Ces conduites addictives perturbent la relation d'aide et rendent aléatoires toute forme de projet de réinsertion sociale.

Enfin, l'instabilité de ces personnes est souvent pointée. Elles ont du mal à s'astreindre aux contraintes liées à une prise en charge thérapeutique du fait de leur instabilité psychique, ou du fait de leurs conditions de vie précaires.

- C) Les difficultés liées à la nécessité d'une approche partenariale de la problématique de la souffrance psychique

La consultation des acteurs de terrain a permis de mettre en évidence le caractère complexe de la souffrance psychique et d'identifier la diversité de ses déterminants. Il en résulte que seule une approche partenariale de cette problématique est possible. Un certain nombre de carences sur ce point sont pointées par les acteurs de terrain.

- a) *La souffrance psychique est la résultante de facteurs complexes et ne permet donc pas une réponse monolithique.*

Les travailleurs sociaux perçoivent plusieurs facteurs à l'origine de ces troubles :

- La souffrance peut tout d'abord être liée à l'entrée dans le dispositif RMI, à une situation de détresse financière (surendettement, pas d'accès à la consommation), d'exclusion (solitude, ennui), d'errance (personnes à la rue, ou sans logement, vivant dans l'urgence).
- Une autre explication tendrait à attribuer ces troubles à une fragilité psychique initiale de la personne, indépendante de sa situation de précarité, de son entrée dans le dispositif RMI. Il peut s'agir dans ce cas d'une enfance douloureuse, du vécu d'un événement traumatique (deuil, femmes battues, victimes d'agression...), d'une rupture familiale...

L'influence de ces différents déterminants varie dans chaque situation, mais on retrouve toujours un cumul de plusieurs facteurs.

La complexité de ces facteurs explique la nécessité d'une approche concertée et complémentaire des différents intervenants du champ de la santé mentale. Une réponse partielle comporte même le risque d'amplifier le problème de santé psychique. Une prise en charge efficiente d'une personne en souffrance suppose la prise en compte de sa situation sur la plan social (insertion sociale, professionnelle), mais également sur le plan psychique.

b) Un partenariat qui se met difficilement en place

Un certain nombre de modalités d'articulation entre les dispositifs sanitaires et sociaux se mettent actuellement en place, mais difficilement. Des carences en terme de partenariat sont pointées. Les représentations des professionnels sur la souffrance psychique les conduisent en effet à rejeter sur d'autres catégories de professionnels la responsabilité de la réponse.

Les carences constatées en matière de partenariat

Les relations entre les acteurs des champs social et médical ne sont pas formalisées, il s'agit davantage de relations de personne à personne. L'absence d'interlocuteurs identifiés génère des difficultés en termes de communication entre les différents intervenants : les acteurs du champ social ont du mal à se faire entendre, ils regrettent le manque de retour d'information... Il en résulte des prises en charge discontinues et peu cohérentes : difficulté à définir une orientation adaptée, absence de suivi à la sortie d'une hospitalisation...

Ces carences en termes de partenariat conduisent souvent à des prises en charge tardives. Un secteur de psychiatrie refuse de prendre en charge une personne signalée comme en grande souffrance psychique par un travailleur social car aucune pathologie mentale n'est avérée. Il n'interviendra qu'en dernier recours, quand il y sera contraint par une situation d'urgence psychiatrique.

Des difficultés sont constatées en particulier au niveau de la prise en charge des personnes sans domicile fixe. Les règles de sectorisation ne facilitent pas la prise en charge de ces personnes par la psychiatrie. Depuis la mise en place de la sectorisation dans les années 1970, le Bas-Rhin a adopté une répartition alphabétique des SDF selon leur patronyme, en tenant compte des particularités locales (fréquence des dernières lettres de l'alphabet). Cette règle permet une certaine continuité des soins. Un certain nombre d'exceptions ont cependant été admises, ne permettant pas toujours cohérence et continuité des soins. Si les foyers d'urgence ne sont pas considérés comme domicile, certains domiciles de secours ont été acceptés.

Les représentations des professionnels sur la souffrance psychique les conduisent à rejeter sur d'autres catégories de professionnels la responsabilité de la réponse.

La perception de la souffrance psychique par les acteurs des dispositifs sociaux : la demande adressée aux « psy- quelque chose »

Lorsqu'ils sont interrogés sur la problématique de la souffrance psychique, les travailleurs du social montrent une grande sensibilité à cette question. Ils font le constat d'un mal-être, d'une souffrance, d'un certain nombre de personnes dont ils ont la charge. Ils se disent fréquemment confrontés à des situations de souffrance psychique, souvent délicates à gérer.

L'évocation des différentes situations difficiles auxquelles ils ont été confrontés, du mal-être d'un bénéficiaire du RMI à un cas de pathologie mentale avérée, révèle le caractère flou et indéfini de la notion de souffrance psychique dans le langage courant. Les relations avec la psychiatrie sont alors immédiatement évoquées. Les deux problématiques, la souffrance de l'exclu et la pathologie mentale et psychiatrique chez les sujets précaires, sont étroitement liées dans leur esprit car elles renvoient à une même question : celle de l'implication de la psychiatrie. Pourtant, lorsqu'ils sont amenés à préciser ce qu'ils entendent par « souffrance psychique », les travailleurs du social distinguent bien cette notion de la pathologie mentale : « la souffrance psychique, ça n'est pas une maladie, c'est plutôt un mal être important » (une assistante sociale). Les limites de la notion restent cependant floues. À partir de quel moment un mal de vivre peut-il être qualifié de souffrance ?

Finalement, la notion de souffrance psychique est perçue de manière très approximative. La seule certitude, c'est l'existence d'un lien avec le psychique, le psychologique, le psychiatrique... le « psy- quelque chose »³².

Les instructeurs évoquent les difficultés qu'ils ont à identifier ces troubles et à discerner la frontière entre la pathologie mentale et les difficultés psychosociales. Leur rôle consiste à repérer ces troubles en vue d'une orientation et non pas à poser un diagnostic (rôle du médecin). La définition de leur fonction est à ce niveau-là ambiguë et génère souvent un malaise. Fabrice Dhume analyse à cet égard les contradictions quelques fois importantes dans leurs discours³³ : « leur discours utilise des termes médicaux qui n'osent se dire tels ». Ils repéreront des personnes « dépressives » ou « hypocondriaques » tout en affirmant leur incapacité à faire un diagnostic à la place du médecin. « Le diagnostic du médecin est alors attendu comme la validation d'un regard ».

³² DHUME F. *RMI et psychiatrie : deux continents à la dérive ?*, L'Harmattan, 1997, pages 126s.

³³ *ibid*, pages 117s.

On remarque finalement que les travailleurs du social ne mettent pas en avant une analyse sociale des difficultés. Ils n'hésitent pas à interpréter les situations qu'ils rencontrent en des termes psychologiques. Cette analyse les conduit donc à rejeter sur d'autres catégories de professionnels la responsabilité de la prise en charge, à solliciter l'intervention de psychiatres, de psychologues...

Concrètement, les attentes des acteurs des dispositifs sociaux s'analysent en terme de collaboration avec les professionnels du « psy- quelque chose » : intervention de psychologues auprès de leurs services pour certains, implication de la psychiatrie pour d'autres. En ce qui concerne l'intervention de la psychiatrie publique, tous déplorent son manque d'ouverture, sa faible implication. Toutes les attentes sont tournées vers cette institution, souvent identifiée par les travailleurs du social comme la mieux adaptée à la prise en charge de la souffrance psychique. L'interpellation de la psychiatrie concerne à la fois :

- Une demande de formation sur le repérage des troubles psychiques, un temps d'information collective sur ces questions pour savoir quelles sont les réponses à apporter.
- Une demande de soutien et d'aide aux aidants dans cette prise en charge de la souffrance psychique. Les instructeurs ont souvent le sentiment d'être seuls face à des situations difficiles. Ils ont parfois du mal à prendre du recul par rapport aux situations auxquelles ils sont confrontés, ce qui est nécessaire pour ne pas porter cette souffrance à la place de l'autre. Une assistante sociale avoue ainsi « ne plus pouvoir dormir la nuit » et être « hantée en permanence » par l'histoire d'une femme en grande souffrance.
- Une demande d'aide au repérage des troubles psychiques, et une intervention au titre de la prévention des maladies mentales.

La perception de cette demande par la psychiatrie : les représentations de la souffrance psychique par les psychiatres

Le point de départ de l'analyse est ici aussi, comme pour les professionnels du social, un malaise au sein de la profession. D'une manière générale, on peut dire qu'il y a un consensus sur la notion de souffrance psychosociale : il ne s'agit pas d'une maladie. Des divergences importantes apparaissent par contre au sein de la profession quant aux représentations des missions de la psychiatrie et quant à la réaction à avoir face à l'interpellation des services sociaux.

Les professionnels de la psychiatrie ont le sentiment d'être sollicités de toutes parts et de devoir faire face à une mutation de leur champ de compétences, de la psychiatrie à la santé mentale. Le malaise au sein de la profession est certain. Deux approches du rôle de la psychiatrie en matière de souffrance psychosociale se dégagent³⁴.

Un premier courant, très largement majoritaire dans le Bas-Rhin, refuse de s'impliquer sur cette question, invoquant une dénaturation de la vocation de la psychiatrie et dénonçant une chronique de la mort annoncée de la psychiatrie. L'argumentaire est ici construit sur l'idée que la psychiatrie est une discipline qui est actuellement sur-sollicitée.

La sollicitation va au-delà de la nature même de la psychiatrie, discipline médicale « par ses objectifs, le soin spécialisé de malades particuliers, les malades mentaux, mais aussi par ses modèles qui restent des modèles médicaux »³⁵. Cette spécificité rend inadaptée la prise en charge de la souffrance psychique par la psychiatrie. Les dangers d'une psychiatrisation du social sont alors mis en avant (on peut cependant se demander si la crainte essentielle n'est pas en réalité l'inverse, celle de l'intrusion du social dans la psychiatrie : crainte que la psychiatrie perde son âme, crainte de la concurrence d'autres professionnels³⁶). Les seules interventions envisageables du psychiatre conformément à sa vocation seraient sous la forme d'une collaboration avec les professionnels du champ social, le psychiatre jouant un rôle en tant qu' « expert de la dimension médicale de la souffrance psychique » et comme « médiateur de l'accès aux soins hospitaliers »³⁷.

Cette sur-sollicitation de la psychiatrie intervient de plus à un moment où les services de psychiatrie sont confrontés à une situation d'érosion de leurs moyens:

³⁴ FURTOS Jean, psychiatre, Le malaise des psychiatres : la déchirure, *Rhizome* n°8, avril 2002, page 2.

³⁵ BOUGEROL Thierry (Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du service de Psychiatrie de l'Adulte CHU de Grenoble), La psychiatrie, une discipline médicale, *Rhizome* n°8, avril 2002, page 3.

³⁶ cf sur ce point l'analyse de Marcel Jaeger, « L'articulation du sanitaire et du social », pages 47 et 48.

³⁷ BOUGEROL Thierry (Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du service de Psychiatrie de l'Adulte CHU de Grenoble), La psychiatrie, une discipline médicale, *Rhizome* n°8, avril 2002, page 3.

budgets insuffisants, manque de moyens humains (des centaines de postes de praticiens hospitaliers vacants, dont le nombre va croissant, une disparition des infirmiers spécialisés,...). En particulier, la diminution importante du nombre de lits d'hospitalisation par secteur empêche de prolonger les séjours le temps qu'il faudrait à la stabilisation. Elle oblige à des sorties prématurées lourdes de conséquences pour les personnes les plus démunies qui ne bénéficient pas d'un logement, d'un soutien familial, et qui ne sont pas en mesure de gérer seuls leur traitement. Dans ce contexte difficile, les psychiatres ne se sentent pas en mesure d'absorber de nouvelles missions. Le choix est clair : il faut s'occuper en priorité des malades mentaux.

Ils redoutent par ailleurs le caractère flou et extensif de la notion de souffrance psychique : « *on va se retrouver avec 99% des bénéficiaires du RMI dans nos services* » (un infirmier psychiatrique).

Le sentiment dominant est que les intervenants sociaux leur demandent de s'occuper de quelqu'un qui ne demande rien. Ils souhaitent se défaire sur la psychiatrie d'un problème qui relève entièrement de leurs compétences. Leur formation n'est-elle pas mieux adaptée à l'écoute et au soutien de l'exclu ?

Cependant, certains secteurs de psychiatrie et quelques psychiatres libéraux s'impliquent dans la prise en charge cette souffrance psychosociale. Intégrant l'évolution de la psychiatrie et ses nouvelles missions, notamment dans le champ social, ils sont favorables à un travail en partenariat. Les initiatives existent, mais sont très marginales³⁸.

La position des secteurs sur leur rôle dans la prise en charge des personnes en situation de souffrance psychique dépend finalement de l'opinion du chef de service. Dans le Bas-Rhin, il est très difficile de mobiliser les secteurs sur cette question.

Afin de les informer sur les nouvelles missions de la psychiatrie et les sensibiliser à cette question, la DRASS a rencontré les chefs de secteur en février/mars 2003 d'une part ; et d'autre part, les présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers concernés en décembre 2002 lors d'une réunion de la conférence régionale.

³⁸ cf partie sur les actions conduites dans le Bas-Rhin, page...

La perception de cette demande par les psychologues

Contrairement aux psychiatres, les psychologues interpellés (intervenant dans le cadre du dispositif RMI ou dans les structures sociales) ont été réceptifs à cette demande. Ils insistent sur la nécessité de prendre en compte de manière sérieuse et spécifique la détresse psychologique de certains bénéficiaires du RMI face à une situation de précarisation sociale et face à la demande pressante qui leur est faite de s'insérer, tout comme l'embarras voire le désarroi des travailleurs sociaux face à cette détresse.

Ils analysent la souffrance psychique comme une situation de mal-être et refusent son assimilation à une pathologie mentale quelconque. « *La position adoptée est alors celle d'un psychologue en situation d'écoute et non celle massive et systématique de psychothérapeute dans une démarche de soins voire d'expert* » (un psychologue du dispositif RMI).

Si les psychologues considèrent ainsi avoir un rôle important à jouer dans la prise en charge de la souffrance psychique des bénéficiaires du RMI, ils ne conçoivent pas leur action de manière isolée. Ils insistent d'une part sur la nécessité d'une collaboration avec les instructeurs. Ils souhaitent par ailleurs que leurs interventions s'inscrivent dans une dynamique de réseau avec les structures et lieux de soins existants de manière à optimiser l'accès aux soins de ces publics et à favoriser une réflexion clinique sur ces souffrances liées à l'exclusion. Ils rejoignent ici la demande adressée par les instructeurs à la psychiatrie.

Cette analyse des représentations de la souffrance psychique met en évidence les enjeux professionnels en présence. Les travailleurs du social renvoient la responsabilité de la réponse sur les professionnels du « psy- quelque chose », les secteurs font preuve de réticences.

Ces constats faits dans le Bas-Rhin ont montré la nécessité d'apporter une réponse institutionnelle au problème de la souffrance psychique. Les préconisations d'action actuellement mises en avant visent à une amélioration des modalités d'articulation des dispositifs sanitaires et sociaux.

2.2 La réponse institutionnelle

La question de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité est affichée comme une priorité nationale. Dans le cadre du suivi des actions mises en œuvre dans les PRAPS pour répondre à cet objectif prioritaire, un questionnaire a été adressé par la DGS aux DDASS et DRASS. L'exploitation de ce questionnaire a

permis de repérer différentes dynamiques dans les actions mises en œuvre au niveau régional et départemental.

- Certains départements (rares) ont fait le choix de ne mettre en place aucune action spécifique en matière de prise en charge de la souffrance psychosociale, mettant en avant l'existence de réponses de droit commun telles que l'ouverture des CMP à toutes les catégories de publics.

- Vingt-six départements ont mis en œuvre des actions ciblées, à savoir l'intervention de professionnels de santé dans les CHRS (infirmiers ayant une compétence en psychiatrie souvent), des actions en direction des travailleurs sociaux (actions en direction des instructeurs du RMI dans le cadre du PDI ou du contrat de ville en Mayenne, Maine et Loire et Calvados ; réunions institutionnalisées entre la psychiatrie, les travailleurs sociaux et des associations dans le Morbihan, Territoire de Belfort et l'Yonne...), des actions en direction des publics enfants, adolescents, étudiants et jeunes (convention passée avec la sauvegarde de l'enfance en Indre et Loire, création d'un centre de crise pour adolescents et accueil thérapeutique familial dans le Loiret...), des actions sur des quartiers (mise en place d'un réseau Ecoute sur le quartier de Bourzwiller dans le Haut-Rhin par exemple), des actions de soutien d'associations d'usagers, des actions en matière d'alcool et de toxicomanie...

- Dans d'autres départements (Rhône, Loire, Charente, Seine-Maritime, Vosges...), la dynamique s'est appuyée sur l'implication forte des instances hospitalières. Les actions mises en œuvre sont dans ce cadre la création d'équipes mobiles, des actions intersectorielles ou impliquant de nombreux CMP, la coordination des sorties d'hospitalisation...

- Dans le Bas-Rhin, la logique d'intervention dans le champ de la souffrance psychosociale repose sur une impulsion institutionnelle forte. La mise en place de groupes de travail inter-institutionnels (Conseil Général, Ville, DDASS-DRASS) a contribué à une structuration des interventions au niveau du département et a permis la mise en place d'actions co-financées. Cet engagement institutionnel est nécessaire dans toutes les régions. Il l'est particulièrement dans le Bas-Rhin en raison des difficultés à impliquer certains secteurs de psychiatrie et de la nécessité d'un travail de sensibilisation.

2.2.1 Une impulsion institutionnelle forte

Dans le Bas-Rhin, l'engagement des différentes institutions dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychosociale a permis d'impulser une véritable dynamique. Cette volonté institutionnelle se traduit concrètement par l'inscription de cette priorité dans les différents plans et schémas d'une part, et par la mise en cohérence des politiques publiques à travers la coordination des différents acteurs d'autre part.

- A) La prise en compte de la souffrance psychosociale : une priorité locale affirmée dans les différents plans et schémas

a) *L'impulsion donnée par le PRAPS*

Le PRAPS Alsace de première génération (2000-2002) décline son objectif fondamental (réduire les inégalités face à la santé) en un certain nombre d'objectifs généraux, dont celui d'accompagner les groupes les plus vulnérables vers la santé. La prise en charge de la souffrance psychique apparaît dans ce cadre comme un objectif prioritaire. Douze fiches actions sont élaborées en ce sens. Les actions programmées concernent d'une part le soutien aux équipes, et d'autre part la prise en compte de la souffrance psychique des personnes accueillies ou hébergées en lieux d'accueil social, des étrangers, et des jeunes (mise en place d'espaces d'écoute pour les jeunes).

Le PRAPS de 1^{ère} génération a ainsi joué un rôle important dans la prise en compte de cette problématique. Il a été perçu par les différents acteurs comme un outil fédérateur des dynamiques, il a permis un rapprochement des professionnels de terrain intervenant dans le champ de la souffrance psychosociale et a favorisé la concertation entre les différentes institutions. Il a notamment pu permettre une mobilisation de l'ARH et l'affectation d'enveloppes spécifiques pour le financement de certaines actions.

Le PRAPS de 2^{ème} génération (2003-2006) est actuellement en cours d'élaboration dans la région Alsace. Le projet actuel se décline en trois objectifs fondamentaux, le troisième visant à « améliorer la santé mentale et prendre en compte la souffrance psychique des personnes en situation de précarité ».

b) *Une priorité du Programme Départemental d'Insertion (PDI)*

La prise en compte de la souffrance psychique des bénéficiaires du RMI était déjà un des objectifs du PDI 2000-2002, dans le cadre de l'insertion par la santé. Le PDI 2003-2005 reprend cet objectif. Les orientations des différentes CLI en matière de santé concernent notamment la création d'un poste de psychologue, le développement du partenariat avec la psychiatrie (CLI de Saverne par exemple).

Un certain nombre d'actions d'insertion par la santé en faveur des bénéficiaires du RMI sont financées dans ce cadre par le Conseil Général.

c) *Une priorité du schéma Accueil, Hébergement, Insertion (AHI)*

L'article 157 de la loi de lutte contre les exclusions organise des missions concertées en faveur des « *personnes et familles qui connaissent des graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale* ». C'est dans ce cadre que sont élaborés les schémas AHI organisant les multiples services et structures assurant

l'accueil et l'hébergement d'urgence, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)³⁹, et les entreprises ou associations participant à l'insertion par l'activité économique. En Alsace, les équipes-projets associent les services de l'État, les autres acteurs institutionnels (Conseil Général, Villes), et les acteurs associatifs.

Un des axes du schéma AHI du Bas-Rhin, adopté en février 2001, est de renforcer la liaison santé-sociale, en revoyant en particulier la prise en charge de la souffrance psychologique dans les lieux de passage, d'accueil et d'hébergement. Le schéma rappelle en effet que, s'il n'y a pas de pathologie propre aux publics en situation de précarité, certains problèmes de santé, notamment les dépendances multiples et la souffrance psychique, se posent de façon plus aiguë. Compte tenu de la difficulté pour les personnels des CHRS et des lieux d'accueil d'accompagner les personnes en situation de souffrance psychique (qui y sont accueillies en nombre de plus en plus important compte tenu de l'évolution des établissements psychiatriques), plusieurs actions ont été programmées dans ce cadre. La fiche-action n°21 en particulier prévoit de mettre en place une intervention médico-sociale de rue. Cette orientation sera travaillée à moyen terme (2004-2006).

d) Un objectif transversal du SROS (1999-2004)

Le schéma régional d'organisation sanitaire inscrit l'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans ses objectifs transversaux. Plusieurs objectifs sont retenus, dont les suivants :

- l'organisation des soins doit permettre de repérer les situations de précarité et de proposer une prise en charge adaptée avec ses composantes médicale, administrative, sociale et psychologique.
- La prise en charge des personnes en situation de précarité doit s'intégrer dans le même dispositif de soins que celui destiné à l'ensemble des patients.
- Au-delà de l'accès aux soins, l'accès à la santé doit être privilégié avec ses différentes composantes (prévention, dépistage, soins, prise en charge de la souffrance psychique, continuité des soins).
- L'hôpital s'assure qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement.

³⁹ cf la loi LCE du 29/07/98 qui reconnaît et conforte l'action des CHRS, et le décret du 3 juillet 2001. Une présentation des différents CHRS, accueils de jour et hébergements d'urgence du département figure en annexe.

- L'hôpital est membre d'un réseau de prise en charge des populations démunies constitué avec les autres acteurs : professionnels de santé libéraux, psychiatrie de secteur, structures d'hébergement d'urgence, associations, organismes de sécurité sociale, collectivités locales concernées. Ce partenariat peut l'amener à sortir de ses murs ou à accueillir des partenaires dans ses locaux.

e) *Un axe du SROS psychiatrie*

Le SROS psychiatrie de la région Alsace, adopté en 1998, apporte un certain nombre de réponses aux besoins exprimés par le secteur social. Ce thème a été abordé en France par treize régions dans leur SROS psychiatrie⁴⁰.

- ◆ Un des axes concerne le développement de la psychiatrie de liaison, c'est-à-dire l'articulation des équipes de psychiatrie avec le champ sanitaire, médico-social et social. Ainsi que le précise le schéma, la finalité n'est pas de faire entrer dans le champ de la psychiatrie toutes les problématiques, mais de rendre possible, pour leur résolution, le recours à la psychiatrie. En ce qui concerne les modalités d'organisation de cette psychiatrie de liaison dans le champ social, plusieurs orientations ont été retenues dans le schéma :
 - La sectorisation des établissements à caractère social,
 - La constitution de réseaux ville/ secteurs (création de lieux de concertation entre équipes sociales et équipes de psychiatrie, définition des interventions partagées entre équipes sociales et de psychiatrie, organisation d'une filière de prise en charge des personnes concernées de la prévention à l'insertion sociale).
- ◆ Un autre axe du SROS psychiatrie concerne l'articulation du dispositif de santé mentale avec les dispositifs d'action sociale et d'insertion. Un certain nombre de principes sont posés en vue de structurer et d'organiser les relations de travail entre les équipes de psychiatrie et les équipes sociales (rôle de l'assistante sociale en psychiatrie, instauration d'échanges réguliers entre les équipes psychiatriques et les équipes sociales, organisation de l'appui apporté par l'équipe psychiatrique à l'équipe sociale).

⁴⁰ Bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux de psychiatrie, ministère de l'emploi et de la solidarité, direction des hôpitaux, sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalière, octobre 1999.

f) *Un axe du Grand Projet de Ville*

Le Grand Projet de Ville de Strasbourg Neuhof (2002) est un projet urbain qui a comme perspective la transformation du quartier du Neuhof et son adaptation en grand quartier résidentiel et populaire : travail sur l'habitat, les espaces publics, projet social... L'orientation 4 du projet vise à « *renforcer et mieux coordonner l'intervention autour des problématiques de santé, de fragilité mentale et d'instabilité psychologique* ». Une des actions proposée dans ce cadre est la création d'Ateliers Santé Ville (travail en réseau avec les acteurs des secteurs sanitaires et sociaux).

B) La mise en cohérence des politiques publiques à travers la coordination des différents schémas et des acteurs impliqués

Dans un souci de cohérence et d'exhaustivité, l'objectif du PRAPS est de coordonner ses actions avec tous les autres programmes sanitaires et sociaux d'Alsace. Dans le cadre de la souffrance psychosociale, l'articulation concerne le schéma AHI, le PDI et le SROS psychiatrie. Les programmes régionaux de santé mis en place en Alsace depuis 1995 n'entrent pas dans ce cadre (Alsace contre le cancer en 1995, Lutte contre le SIDA en 1998 et le Programme régional alcool en 1999). L'approche doit donc être transversale, pluridisciplinaire et partenariale. Cette démarche partenariale a été impulsée par le PRAPS et a été formalisée par les différents mécanismes de renvoi prévus dans les schémas.

a) *Le processus partenarial impulsé par le PRAPS*

L'objectif était d'inscrire la démarche PRAPS dans un processus dynamique et de favoriser son appropriation par l'ensemble des partenaires. Une approche transversale de la question de la souffrance psychosociale a ainsi été rendue possible, dépassant les cloisonnements institutionnels et les logiques de dispositifs.

L'association des différents partenaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des PRAPS I et II

Dans le souci d'articuler le PRAPS avec les politiques existantes, la participation à son élaboration des acteurs de terrain et de techniciens de nombreuses institutions s'est avérée indispensable. Des groupes de travail départementaux (Haut-Rhin et Bas-Rhin) se sont réunis régulièrement au cours de l'année 1999. Ont ainsi participé aux travaux d'élaboration dans le Bas-Rhin des représentants d'institutions (DDASS, DRASS, Conseil Général, Ville de Strasbourg, Communauté Urbaine de Strasbourg, DDE, Inspection Académique, CPAM, CRAM, URCAM), des professionnels de structures d'accueil et d'hébergement, des représentations des structures hospitalières et des professionnels de santé... Ce travail partenarial effectué dans le cadre de l'élaboration du PRAPS s'est

poursuivi dans le pilotage et le suivi. Une démarche analogue est adoptée en ce moment pour l'élaboration du PRAPS de deuxième génération.

La coordination entre les différents partenaires dans le cadre de la mise en œuvre du programme s'est concrétisée par la mise en place d'une « commission permanente » départementale. La réflexion a porté sur sept thématiques identifiées comme prioritaires (la souffrance psychique étant citée en premier), et quatre de ces thèmes ont fait l'objet de groupes de travail (dont la souffrance psychique).

Le groupe de travail sur la souffrance psychique mis en place dans le cadre du PRAPS I

Afin de favoriser une concertation interprofessionnelle et inter-institutionnelle, un groupe de travail sur la souffrance psychique a été constitué dans le cadre du 1^{er} PRAPS.

Ce groupe PRAPS est constitué d'un médecin intervenant dans une structure d'accueil de jour, de psychologues du Conseil Général intervenant sur les CLI du département, de psychologues des services sociaux de la ville intervenant dans les lieux d'accueil et d'hébergement, d'un psychologue interne à un CHRS, d'un infirmier en psychiatrie, et d'un psychiatre chargé de mission à la DDASS. L'approche de la problématique de la souffrance psychique est donc transversale aux différentes institutions (DDASS, Conseil Général et Ville) et aux différents dispositifs (RMI, accueil et hébergement).

Ce groupe, également nommé Clinique des lieux intermédiaires, s'était donné pour objectif de recenser les différents modes cliniques de prise en compte des problématiques de santé des personnes en situation de précarité, de rendre lisible l'existant en matière d'accueil et de suivi clinique de ces personnes en dehors des lieux traditionnels de soins, et de repérer les modes opérationnels communs. Ces rencontres ont répondu dans un premier temps à la nécessité de pouvoir échanger autour de pratiques cliniques nouvelles relatives à la prise en compte de la souffrance psychosociale, les différents professionnels concernés exerçant jusqu'alors de manière éparse. Dans un second temps, le groupe de travail a rédigé un rapport qui synthétise ces pratiques professionnelles et qui fait un certain nombre de propositions d'amélioration.

Par sa composition et son mode de fonctionnement, ce groupe participe à une approche cohérente de la problématique de la souffrance psychique dans le Bas-Rhin.

b) Les mécanismes de renvoi formalisés dans les différents schémas

Par des mécanismes de renvois mutuels, le PRAPS, le PDI et le schéma AHI affichent la nécessité d'une action articulée et cohérente.

- Un des objectifs du PDI 2000-2002 concernait la mise en place du PRAPS. En particulier, un des axes de l'articulation PDI/ PRAPS portait sur la prise en charge de la souffrance psychique. A ce titre, les actions menées dans le cadre du PRAPS en

matière de prise en charge de la souffrance psychique des bénéficiaires du RMI sont énumérées dans le PDI.

- Le schéma AHI affirme la volonté de rechercher une articulation pragmatique avec d'autres dispositifs, dont le PRAPS. Des études récentes⁴¹ démontrent la nécessité de revoir la prise en charge de la souffrance psychique dans les lieux de passage, d'accueil et d'hébergement. Dans ce cadre, la démarche devra être articulée avec le PRAPS en référant les données de ces études aux fiches actions du PRAPS pour assurer la cohérence des projets. La mise en place d'un groupe de travail sur le thème de la souffrance psychique dans le cadre de ce schéma est actuellement en projet. Ce groupe interviendrait dans le cadre du développement de la coordination des acteurs du schéma AHI⁴². Son articulation avec le groupe PRAPS est considérée comme indispensable (mais les modalités ne sont pas encore concrètement définies).
Le schéma AHI prévoit par ailleurs de mener dans ce domaine une démarche concertée impliquant l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, au travers du volet « précarité » du SROS.

c) L'organisation de journées de rencontre entre les acteurs : l'importance de la communication

La dynamique partenariale impulsée par le PRAPS ne peut se maintenir que si les acteurs se sentent impliqués, mobilisés. L'information doit circuler. L'organisation de journées sur le thème de la santé et de l'insertion a permis ces rencontres et a favorisé une réflexion commune.

Une « journée régionale PRAPS Alsace » a ainsi eu lieu le 5 décembre 2001 à Colmar. Cette journée a été organisée autour de trois tables- rondes, dont une portant sur le thème de la souffrance psychique. Cette rencontre avait pour but de permettre aux acteurs de terrain (du champ sanitaire et du champ social) et acteurs institutionnels d'Alsace de rendre compte de leurs pratiques et de débattre. Cette journée a également été l'occasion de rencontrer une psychologue, membre de l'équipe intersectorielle de psychiatrie Diogène de Lille. Le compte rendu de ces travaux a été diffusé à la Conférence régionale de santé du 22 janvier 2002 à Bischwiller.

Le 17 octobre 2002, une journée « santé- insertion » était organisée par la CLI de Strasbourg. Les débats et réflexions ont porté dans une large mesure sur la question de

⁴¹ enquête confiée à la FNARS sur « la santé dans les CHRS dans le Bas-Rhin »

⁴² La DDASS du Bas-Rhin a mis en place une cellule « coordination de l'accueil, diagnostic, orientation » (CADO) qui a une mission d'observatoire de la demande sociale et une mission de coordination des acteurs du schéma AHI. Dans ce cadre, des groupes thématiques se réunissent mensuellement.

la souffrance psychique. Les points de vue échangés ce jour-là étaient ceux des instructeurs RMI, des professionnels de santé, des personnes en situation de précarité (par le biais de témoignages filmés par l'association Moderniser sans exclure) et d'un universitaire (intervention du Professeur Antoine Lazarus, Professeur de santé publique à l'Université de Bobigny).

Cette dynamique impulsée par le PRAPS a permis de mobiliser les différentes institutions (DDASS, DRASS, ARH, Conseil Général, ville, et secteurs de psychiatrie) autour de la problématique de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et de financer un certain nombre d'actions dans ce domaine.

2.2.2 Les actions conduites dans le cadre de la souffrance psychosociale dans le Bas-Rhin

La souffrance psychosociale est selon l'expression du Professeur Lazarus une « souffrance partagée ». Elle est d'origine sociale et empêche le travail social. Les actions conduites sont ainsi dirigées d'une part vers les professionnels du champ social (« l'aide aux aidants ») et d'autre part vers les personnes en situation de précarité.

- En ce qui concerne l'aide aux aidants, les actions conduites visent à développer par les professionnels du champ social et de l'insertion leur connaissance de ce qu'est la souffrance psychique, à développer les capacités des professionnels à entendre la demande des personnes, à les soutenir dans leur pratique... De nombreuses actions ont été mises en œuvre à ce titre dans le PRAPS I. Un des axes du PRAPS II est de développer et de renforcer ces actions.

- Les actions mises en œuvre en direction des personnes en souffrance sont une offre d'écoute, un suivi, un accueil médical et une possibilité d'orientation vers le droit commun... L'analyse de la notion de souffrance psychique montre qu'elle est la résultante de facteurs complexes. Souvent qualifiée de souffrance invalidante, elle est au-delà du mal-être sans être pour autant une pathologie mentale. Elle ne permet pas ainsi une réponse unique. Les actions conduites dans le Bas-Rhin reflètent cette complexité. Les réponses s'analysent tantôt en termes d'accès aux soins (soigner la personne en souffrance), tantôt en termes d'accès au bien-être (prendre soin de cette personne).

A) Les réponses d'ordre sanitaire : la difficulté à articuler les dispositifs sanitaires et sociaux

Il existe actuellement dans le Bas-Rhin des modalités de prise en charge médicales, infirmières et psychologiques de la souffrance psychique. Des postes ont été créés pour

répondre aux besoins en interne du dispositif RMI et des centres d'accueil et d'hébergement. Ces prises en charge sont éparpillées et donc difficilement articulables avec le dispositif de droit commun.

a) *La présence de professionnels de santé dans les dispositifs sociaux*

La présence de professionnels de santé dans les commissions locales d'insertion du Bas-Rhin se généralise

Les nombreux contrats d'insertion basés sur des difficultés psychiques ont conduit à identifier cette problématique comme un frein important dans le parcours d'insertion des bénéficiaires du RMI. Un dispositif de collaboration avec des professionnels de santé a alors été mis en place au niveau des différentes CLI du Bas-Rhin.

L'intervention des psychologues RMI

Face à la nécessité de prendre en compte la détresse psychologique de certains bénéficiaires du RMI et face aux difficultés des travailleurs sociaux dans la mise en place et le suivi des contrats d'insertion de ces personnes, les instructeurs RMI ont sollicité la collaboration de psychologues. Ces professionnels interviennent ainsi directement auprès de certains bénéficiaires pour assurer une prise en charge individuelle d'une part, et en appui des instructeurs d'autre part. Le premier poste de psychologue RMI a été créé en 1991. Actuellement, trois postes sont financés par le Conseil Général (2 temps pleins, 1 vacataire). Ces psychologues interviennent sur les CLI de Strasbourg Campagne, Sélestat- Erstein, Haguenau et Wissembourg. Ils font partie du service de l'insertion et du logement du Conseil Général du Bas-Rhin (direction des services sociaux et sanitaires) et sont sous la responsabilité administrative directe de la responsable de ce service.

Les psychologues du dispositif RMI interviennent individuellement auprès des bénéficiaires qui le souhaitent. Ils se considèrent plus dans une position d'écoute que dans une position thérapeutique. Leur intervention consiste en un accompagnement sur le plan psychologique vers l'insertion et vers le soin lorsque la problématique santé du sujet le nécessite. Ils sont en quelque sorte des « messagers » entre la prise en charge sanitaire et la prise en charge sociale.

Pour les instructeurs, ces interventions spécifiques leur permettent de ne plus avoir à prendre en charge la dimension santé psychique du bénéficiaire. Ils peuvent ainsi recentrer leur action sur le travail d'insertion sociale/ professionnelle.

Les psychologues apportent également un soutien aux instructeurs. Il peut s'agir d'une aide individuelle à l'analyse de certaines situations de bénéficiaires du RMI présentant

des troubles psychologiques, l'animation de groupes de réflexion, ou la participation à des équipes techniques santé.

Ce soutien s'analyse en termes d'aide à la décision (aide au repérage des troubles, aide à l'évaluation de l'importance des troubles), de conseils en matière de pratique (comment réagir face à telle personne en situation de détresse psychologique), et de soutien personnel aux instructeurs qui peuvent parfois être en détresse eux-mêmes face aux situations difficiles auxquelles ils sont confrontés.

L'intervention directe de médecins et d'un psychiatre auprès des bénéficiaires du RMI

- Un partenariat avec l'association Relais Emploi Santé Insertion (RESI) a été mis en place dans les CLI de Strasbourg Campagne, Saverne, Haguenau et Molsheim. Créée en 1994 par deux médecins du travail, cette association à but non lucratif a pour objectif d'apporter un soutien aux personnes en difficulté par perte d'emploi du fait de leur mauvaise santé, ou, à l'inverse, en difficulté de santé par suite de précarité d'emploi, de sous-emploi ou de non emploi. Cette association regroupe des personnes compétentes dans le domaine de la santé (médecins généralistes, médecins du travail) comme sur le terrain social et dans le monde de l'entreprise. L'organisation est souple, le RESI comporte des bénévoles et des salariés. La création notamment d'un poste supplémentaire de médecin salarié au 1^{er} juillet 2001 a permis d'étendre l'intervention du RESI sur le territoire du Bas-Rhin.

Le RESI s'adresse individuellement aux bénéficiaires du RMI dans le cadre d'écoutes individuelles. Ces écoutes, d'une durée moyenne d'une heure, ont pour objet de conseiller la personne sur la compatibilité de son projet professionnel avec son état de santé (physique ou psychique). Le médecin du RESI ne se substitue pas au médecin traitant, il ne fait pas de prescriptions médicales. Une fiche de liaison⁴³ est établie par le médecin du RESI, elle est transmise par le bénéficiaire au travailleur social chargé de son accompagnement. C'est une procédure effectuée en toute transparence. Cet avis du RESI permet au travailleur social de proposer une orientation conforme à l'état de santé psychique/physique du bénéficiaire.

- Le dispositif de la CLI de Strasbourg Campagne s'est enrichi de la présence à mi-temps d'un psychiatre. Ancienne chef de service au Centre Hospitalier d'Erstein, elle a été mise à disposition par l'ARH pour une mission « santé-insertion » depuis

⁴³ Un exemplaire de cette fiche de liaison figure en annexe (annexe 8)

septembre 2002. Son arrivée a permis d'apporter un éclairage sur les questions proprement psychiatriques d'une part, et sur les situations de souffrance psychique d'autre part.

Une partie de son activité est consacrée au suivi individuel de patients à la demande des travailleurs sociaux. Elle assure une permanence le jeudi au Centre Social de Schiltigheim et est toujours joignable sur son téléphone portable personnel.

La mise en place de « pôles santé » ou « groupes techniques santé »

Des réunions entre les instructeurs et les professionnels de santé ont été mises en place afin d'assurer une coordination des acteurs et une cohérence de la prise en charge des bénéficiaires présentant des difficultés d'ordre physique ou psychique.

Des équipes techniques santé ont été mises en place à la CLI de Haguenau (en 1995), à la CLI de Saverne, à la CLI de Sélestat- Erstein (en 2000), à la CLI de Strasbourg-campagne et à la CLI de Wissembourg. Aucune équipe technique similaire n'existe à la CLI de Molsheim ni à celle de Strasbourg. La CLI de Strasbourg projette cependant d'en mettre une en place, c'est un des axes d'orientation pour 2003- 2005.

- ◆ Ce groupe technique est un soutien à plusieurs niveaux :
 - Un soutien apporté aux instructeurs : un éclairage médical sur certaines situations difficiles leur est apporté. Les acteurs de santé les aident à repérer des situations de santé invalidantes (souffrance psychique notamment) et à intégrer cette réalité dans la construction d'un parcours avec l'utilisateur. Le but est également de soutenir l'instructeur lui-même qui est parfois dépassé par les situations difficiles auxquelles il est confronté.
 - Un soutien apporté aux usagers : cette approche technique et pluridisciplinaire permet une prise en compte globale de leur situation de manière à éviter les orientations inadéquates.
 - Aux membres de la CLI : grâce à cet appui technique, l'instructeur peut proposer à la commission des orientations personnalisées et argumentées.

- ◆ La composition de ces groupes et leurs modalités de fonctionnement varient selon les CLI :

Les groupes fonctionnent suivant un mode pluridisciplinaire. Ils sont composés des services instructeurs de la CLI, de l'animatrice locale d'insertion, de médecins

généralistes (médecins du RESI souvent), de psychologues, d'un psychiatre (dans les groupes des CLI de Strasbourg- campagne, Haguenau et Sélestat)⁴⁴.

Les principes de confidentialité, d'anonymat, et de neutralité sont respectés. Aucune décision n'est prise en l'absence de l'usager, les propositions du groupe lui seront soumises ultérieurement par l'instructeur.

Le rythme des rencontres varie selon les CLI : le pôle santé de la CLI de Strasbourg Campagne se réunit une fois par mois, le groupe technique santé de la CLI de Saverne s'est réuni 3 fois en 2001, l'équipe technique santé de Haguenau et celle de Sélestat-Erstein se réunissent tous les 2 mois, et enfin celle de Wissembourg une fois par trimestre.

Quant au déroulement de ces réunions, les instructeurs exposent des situations difficiles afin d'envisager de nouvelles orientations en terme de soin et d'insertion. A Haguenau et Wissembourg, seul l'instructeur concerné est présent. Le pôle santé de Strasbourg-Campagne réunit au contraire plusieurs instructeurs qui souhaitent discuter des situations difficiles auxquelles ils ont été confrontés, ceci afin de permettre l'échange entre les instructeurs et les professionnels de santé d'une part, et entre les instructeurs eux-mêmes d'autre part.

La mise en place de groupes de réflexion

Quelques groupes de réflexion ont été mis en place au niveau des CLI, essentiellement autour des thèmes de la dépendance et de la santé mentale. Ces groupes n'ont pas pour vocation de rechercher une solution en terme d'insertion pour une personne précise. Il s'agit de temps d'échange sur les pratiques d'accompagnement, d'interrogation de celles-ci, et de réflexion sur les souffrances psychiques des personnes accompagnées.

Un groupe de réflexion a été constitué à la CLI de Sélestat-Erstein. Des réunions mensuelles sont organisées et animées par la psychologue du dispositif RMI et ouvertes aux instructeurs et accompagnateurs sociaux.

Un autre groupe de réflexion autour du thème « santé-psychiatrie » a été mis en place à Haguenau et se réunit plus ou moins régulièrement. Il s'agit de réfléchir sur l'articulation possible des relations de travail avec la psychiatrie. Le groupe est constitué notamment de la psychologue RMI, d'un médecin psychiatre, praticien hospitalier, et d'une assistante sociale de l'EPSAN.

A Wissembourg, un groupe de travail et de réflexion sur la pratique professionnelle d'accompagnement des personnes bénéficiaires du RMI a été créé en mars 2002 par la

⁴⁴ cf annexe 1 pour une description détaillée de la composition de chacun de ces groupes.

psychologue de la CLI, en réponse à une forte demande des assistantes sociales. Il se réunit une fois toutes les six semaines.

Au niveau des lieux de passage, d'accueil et d'hébergement

La mise en place de dispositifs de santé internes

Certaines structures d'accueil de jour et certains centres d'hébergement et de réinsertion sociale ont fait le choix d'intégrer des professionnels de santé au sein de leurs équipes. Des permanences médicales, infirmières et de psychologues ont ainsi été mises en place. Ces dispositifs de santé internes restent cependant marginaux dans le Bas-Rhin.

L'objectif de ces dispositifs internes est d'accompagner les personnes en souffrance à formuler une demande, de les orienter vers les structures médicales de droit commun et de les soutenir lorsqu'une démarche de soins a été engagée. La finalité de ces permanences est également d'apporter un soutien aux équipes sociales.

Certaines équipes craignent cependant que la mission des CHRS soit dénaturée du fait de l'introduction de dispositifs santé internes⁴⁵. Il s'agit selon elles d'une question de priorité : le manque de moyens humains et financiers auquel elles sont actuellement confrontées ne leur permet pas d'assumer à la fois des prises en charge médicales lourdes et de mener à bien leur mission de réinsertion sociale. Un certain nombre de travailleurs sociaux souhaitent que soient développés les accueils médicalisés existants et que des lieux de vie au plus long terme soient créés.

Les permanences médicales

Le choix de la mise en place d'une permanence médicale au sein de la structure sociale a été fait par une association dans le Bas-Rhin, l'association Horizon- Amitié. Cette association gère un certain nombre de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes en grande difficulté. Le dispositif de santé a été mis en place de manière transversale entre ces structures.

Un médecin généraliste assure une permanence 4 matinées par semaine à l'Accueil Printemps (accueil de jour). Un après-midi est consacré aux entretiens sur rendez-vous, aux visites à l'hôpital et aux accompagnements aux soins. Il intervient également au Foyer Millot (hébergement d'urgence), une matinée par semaine au Foyer Prechter

⁴⁵ FNARS, rapport sur *l'accès à la santé des personnes accueillies dans les CHRS du département du Bas-Rhin*, juillet 2000, page 135.

(CHRS), et sur demande au Service d'Accueil et de Réadaptation sociale (accueillant des familles avec enfants).

Ce médecin ne fait aucune prescription et ne dispense pas de soins. Sa démarche consiste à inciter les résidents à prendre en charge leur santé et à les accompagner dans leur démarche de soins (en assurant notamment la médiation vers les dispositifs de droit commun). Dans le respect de la liberté des personnes et souhaitant éviter toute ingérence sanitaire, le médecin n'intervient qu'à la demande du résident et non de manière systématique. Ces entretiens volontaires sont un temps d'écoute, de sensibilisation aux questions de santé, et de soutien individuel des résidents. Le médecin n'est pas soumis à une contrainte de temps; il peut accueillir la personne sans l'interroger d'emblée sur sa santé, laisser du temps à l'écoute, à l'établissement d'une relation de confiance et entendre ainsi la souffrance à travers les paroles d'une personne.

La présence de ce médecin dans l'équipe permet d'aider à repérer les situations de souffrance psychique, d'aider à les distinguer des cas de pathologie mentale. Sa présence permet de faciliter les relations avec les dispositifs médicaux de droit commun, notamment parce qu'il est lié par le secret professionnel. Le médecin conseille l'équipe en matière d'orientation psychiatrique et apporte un soutien dans la gestion d'un quotidien difficile, dans la mesure où l'hôpital ne prend en charge que les situations de crise.

Les permanences infirmières

Des permanences infirmières ont été mises en place au centre d'accueil et d'hébergement municipal (le CAHM, comprenant un accueil de jour, La Silba, et un centre d'hébergement d'urgence, Le Bastion) et à la Cité Relais (CHRS).

Ces permanences sont marginales dans le Bas-Rhin. L'action de ces infirmières s'appuie avant tout sur l'écoute, la prévention, l'accompagnement, même si elle est amenée à effectuer des soins dans le cadre de la structure. Elles ont une fonction de passerelle vers le droit commun⁴⁶.

L'infirmière du CAHM assure chaque semaine deux permanences à l'accueil de jour et deux permanences à l'accueil de nuit.

⁴⁶ FNARS, rapport sur *l'accès à la santé des personnes accueillies dans les CHRS du département du Bas-Rhin*, juillet 2000, pages 68 et 132.

Le poste d'infirmière du CHRS la Cité la Relais a été créé en septembre 2002 (financé sur les crédits PRAPS). Il s'agit d'un quart temps, soit 9 heures par semaine. L'intervention de l'infirmière a trois objectifs :

- apporter un soutien aux résidents du CHRS
- apporter un soutien aux travailleurs sociaux dans la mise en place, la compréhension et le suivi d'objectifs thérapeutiques
- établir un lien entre les travailleurs sociaux et le monde médico-thérapeutique

L'infirmière rencontre chaque personne admise à la Cité Relais et établit un dossier sanitaire. Cette première rencontre lui permet de prendre contact avec les résidents et de les mettre en confiance.

Son appui est important pour faire émerger une demande, dédramatiser le rapport aux soins, orienter les personnes vers le droit commun, et pour soutenir celles qui suivent un traitement. La distribution des médicaments est mieux encadrée, ce qui est particulièrement important pour les personnes qui ne sont pas autonomes dans la prise de leurs médicaments. Une fois par semaine, le semainier est rempli par le résident avec l'infirmière afin d'évaluer la bonne prise des médicaments au cours de la semaine et la nécessité d'une nouvelle ordonnance. Le rôle de l'infirmière apparaît de ce point de vue essentiel dans la mesure où les éducateurs n'ont juridiquement pas le droit de distribuer des médicaments, et ne peuvent ainsi pas garantir le suivi régulier du traitement. La régularité et le suivi quotidien du traitement sont dans certains cas très importants pour le bon équilibre du patient. Toutefois, le faible temps de présence de l'infirmière dans la structure ne lui permet pas en pratique d'assurer tous les jours (voire plusieurs fois par jour) la distribution des médicaments.

L'infirmière a repéré de nombreuses situations de souffrance psychique, émotionnelle, affective. Elle met en avant le fait qu'elle n'est pas une infirmière en psychiatrie, et n'est donc pas spécialisée dans les troubles de la santé mentale.

Sa présence a néanmoins permis de créer d'autres rapports avec les résidents, d'apporter une écoute différente de celle des éducateurs, plus proche, plus intime. Derrière l'image de sa profession, l'infirmière a pu tisser des relations de confiance, de non-jugement, hors de toute visée éducative.

Les permanences de psychologues

La présence de psychologues dans les lieux d'accueil et d'hébergement se généralise. De la même manière que dans le dispositif RMI, ces interventions apparaissent comme une réponse adaptée aux problèmes de souffrance psychique. Ces interventions sont cependant éparses, décousues, et mal coordonnées sur l'ensemble des structures d'accueil et d'hébergement du département du Bas-Rhin.

L'intervention d'un psychologue interne à la structure

Un poste de psychologue à mi-temps a été créé dans le CHRS La Cité Relais.

L'intervention d'un psychologue dans un CHRS diffère de celle d'un psychologue RMI. Le CHRS est une « petite institution » où le résident est connu. Les contacts sont donc permanents et souvent informels (en-dehors d'un rendez-vous fixé). Le psychologue peut rencontrer le résident avant son admission (lors de l'entretien préalable), lors du premier entretien à son admission, lors des réunions de synthèse, lors des réunions de l'équipe, mais également au moment des repas, du café... Il s'agit donc de permettre qu'une rencontre se fasse, qu'un lien de confiance s'établisse. Le fait de faire partie du CHRS permet de démystifier la fonction de psychologue. Il est connu par les résidents, qui l'identifient par son prénom et non par sa fonction.

Un travail important est réalisé par ce psychologue avec l'équipe des travailleurs sociaux du CHRS. Un certain nombre de rencontres ont ainsi été formalisées :

- des « travaux pratiques » sont organisés une fois toutes les trois semaines environ. Il s'agit de groupes de travail réunissant toute l'équipe où un thème particulier est abordé (exemple : la solitude),
- des réunions des éducateurs afin de réfléchir à une situation difficile vécue par l'un ou par l'autre,
- des moments de rencontre individuelle avec chacun des référents, au rythme d'une fois toutes les deux ou trois semaines.

L'intervention de psychologues extérieurs à la structure

- Le CHRS La Cité Relais, qui compte déjà un poste de psychologue en interne, fait appel par ailleurs à un autre psychologue. Cette intervention d'une personne extérieure à l'établissement a semblé importante afin d'interroger les pratiques de l'équipe, d'avoir un avis extérieur sur l'institution.
- Un poste de psychologue à mi-temps était financé par la DDASS en vue d'assurer les orientations médico-sociales à la demande de la justice. Sous-occupée, la psychologue en question a été mise à la disposition de différents établissements afin de répondre aux besoins de prise en charge de la souffrance psychique. Son intervention n'a cependant pas toujours été accueillie favorablement par les équipes sociales des CHRS qui regrettaient le manque de communication et l'absence de travail d'équipe. La psychologue a démissionné.
- La Ville de Strasbourg a créé six postes de psychologues (un destiné à répondre aux besoins des travailleurs sociaux, un autre chargé de recevoir les bénéficiaires du RMI qui lui sont adressés, un autre psychologue avait été placé auprès des services de la

petite enfance...). Les psychologues de la Ville de Strasbourg interviennent à la fois dans le cadre du dispositif RMI (les bénéficiaires sont orientés par des travailleurs sociaux ou viennent d'eux-mêmes) et directement dans les structures d'accueil et d'hébergement. Leur champ d'intervention n'est pas déterminé géographiquement, ce qui ne facilite pas leur identification par les différents partenaires. Actuellement, un projet de territorialisation et de réorganisation de leur intervention est en cours.

L'intervention d'une équipe santé précarité de la ville de Strasbourg

Une équipe mobile, composée d'un infirmier compétent en psychiatrie et d'un éducateur, a été mise en place par la Ville de Strasbourg. Cette équipe n'est pas rattachée à un secteur psychiatrique, et ne relève donc pas du dispositif sanitaire de droit commun. Elle a pour objectif de permettre aux personnes les plus éloignées de l'insertion et isolées, qui présentent une pathologie psychosociale, d'accéder aux soins, de créer du lien, de les accompagner vers un lieu de soins (CMP), vers le droit commun, et de démystifier la psychiatrie. Cette équipe mobile intervient dans les CHRS, les structures d'accueil et d'hébergement, les accueils de jour et dans les places et lieux publics, squats. L'infirmier psychiatrique à l'origine de la création de cette équipe fait partie du groupe PRAPS sur la souffrance psychique. Il recourt fréquemment aux services du psychiatre chargé de mission de la DDASS.

b) Aspects éthiques et déontologiques de l'intervention des professionnels de santé dans les dispositifs sociaux

Qu'ils interviennent dans le cadre du dispositif RMI ou dans les lieux d'accueil et d'hébergement, ces acteurs de santé se heurtent aux mêmes difficultés d'ordre éthique. Comment garantir la liberté d'adhérer à l'offre de prise en charge et ne pas dériver vers un contrôle social ? Quelle est la conséquence d'une médicalisation des CHRS ? Comment articuler secret professionnel et travail d'équipe ?

Le groupe PRAPS sur la souffrance psychique, dont la plupart de ces professionnels font partie, a constitué un lieu d'échange et de réflexion sur ces pratiques. Les réunions de ce groupe leur ont permis dans un premier temps de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques. En faisant la synthèse de ces différentes expériences, le groupe a souhaité rendre lisibles les pratiques existantes en matière de prise en charge de la souffrance

psychique. Ils ont repéré des modes opérationnels communs et ont déterminé un cadre général de cette pratique qu'ils ont nommée « clinique des lieux intermédiaires »⁴⁷.

Les espaces cliniques intermédiaires sont des espaces au sein des dispositifs sociaux, où les professionnels de santé assurent les fonctions d'accueil, d'écoute, d'accompagnement, et de prise en compte de la souffrance psychique.

□ **Le respect de la liberté de rencontrer ou non un professionnel de santé**

La présence d'un médecin, d'un infirmier ou d'un psychologue dans les dispositifs sociaux peut comporter un risque d'ingérence sanitaire. La personne accueillie dans un dispositif social doit avoir le choix de rencontrer ou non un professionnel de santé. Toute consultation systématique (à l'arrivée de la personne notamment) est contraire à sa liberté. Le médecin présent dans les structures de l'association Horizon–Amitié insiste sur la nécessité d'une démarche volontaire de la personne.

□ **Le respect du secret professionnel et son articulation avec le travail d'équipe**

Les médecins et infirmiers sont liés par le secret professionnel. Les psychologues ont un devoir de confidentialité. Par ailleurs, il est important que leur action s'inscrive dans le cadre d'un travail d'équipe. Le travail fait avec une personne sera plus constructif si la démarche santé et la démarche sociale sont bien coordonnées. Par exemple, un psychologue peut détecter un état d'anxiété incompatible avec une thérapie de groupe, alors que de l'autre côté l'éducateur souhaitait commencer avec la personne un travail de groupe.

Dans quelle mesure la communication entre ces deux catégories d'intervenants peut se faire, dans l'intérêt de la personne ?

Les professionnels de santé rencontrés optent généralement pour une position médiane entre une interprétation stricte et extensive du secret (qui consisterait à ne pas communiquer du tout avec les travailleurs sociaux), et une interprétation large, proche du secret partagé. Il s'agit selon eux de communiquer uniquement certains éléments jugés importants dans le cadre de la prise en charge sociale. La parole doit selon eux circuler dans la mesure où elle est posée dans le respect de la personne et selon son intérêt.

□ **Un travail de proximité**

Les professionnels de santé intervenant auprès des personnes en souffrance psychique mettent en avant la nécessité d'être proche de l'utilisateur, d'intervenir au plus près de lui et au plus près de ses besoins.

⁴⁷ MILLEY J-R. *La clinique des lieux intermédiaires*, rapport du groupe de travail PRAPS sur la souffrance psychique, 2002.

Dans les structures d'accueil et d'hébergement, les premières rencontres se font souvent de manière informelle. La présence du professionnel de santé au sein de la structure permet d'assurer une pratique de proximité. Dans le cadre du dispositif RMI, les psychologues interviennent au plus près du domicile du bénéficiaire du RMI (dans le CCAS ou le CMS le plus proche).

Les professionnels rencontrés mettent en avant la nécessité d'aménager des « espaces d'accueil cliniques ». Il s'agit de lieux d'accueil spécifiques, où la parole est préservée, afin de recevoir toute personne s'engageant dans un suivi. Même si les premiers contacts avec les usagers se font souvent de manière informelle, notamment dans les lieux d'accueil et d'hébergement, il est nécessaire de prévoir des rencontres sur rendez-vous, dans le bureau du psychologue, de l'infirmière ou du médecin. Cette modalité d'intervention s'impose dans un souci permanent de transparence et de clarté quant aux rôles et aux fonctions de l'intervenant.

□ **Assurer la neutralité de cette pratique face aux interventions sociales et médicales**

La rencontre d'un professionnel de santé dans un dispositif social est une démarche singulière, libre de tout engagement et de toute contrainte. Cela signifie concrètement que ce temps de travail avec l'utilisateur est une démarche parallèle au travail social, elle ne peut être négociée comme un élément d'un quelconque parcours d'insertion. Dans le cadre du dispositif RMI, la prise en charge de la souffrance psychique par la rencontre d'un psychologue peut être proposée à l'utilisateur, mais elle ne peut en aucun cas constituer un objectif du contrat d'insertion (sanctionnable si l'utilisateur ne va pas jusqu'au bout de la démarche). Il peut s'agir au plus d'un des « moyens » proposés dans le contrat d'insertion pour atteindre un objectif fixé.

Il ne s'agit pas non plus d'un préalable à une démarche de soins. Le professionnel de santé du dispositif social peut proposer une orientation vers le droit commun en vue d'un suivi médical, mais il ne peut s'agir en aucun cas d'une contrainte.

Il est important de définir avec les partenaires sociaux et médicaux des modalités de travail conformes à cet impératif de neutralité. Ces « espaces cliniques intermédiaires » doivent permettre d'offrir un temps d'écoute, un espace de parole non contraignant dégagé de toute pression institutionnelle ou médicale.

□ **Une passerelle vers le droit commun**

L'intervention des professionnels de santé dans les dispositifs sociaux ne se situe pas sur le plan des soins. Mettant en avant le risque d'injonction thérapeutique et de « ghetto sanitaire », ils se positionnent comme un intermédiaire, comme une passerelle vers le droit commun. Leur technicité leur permet d'effectuer une évaluation de la situation de l'utilisateur et d'accompagner l'émergence d'une demande soins.

Ce positionnement des professionnels de santé présents dans les dispositifs sociaux montre que leur action doit s'inscrire en liaison avec le dispositif sanitaire de droit commun. Une réelle coordination doit exister entre ces praticiens des lieux intermédiaires et les soignants du dispositif de droit commun afin qu'il n'y ait pas de rupture au moment de l'accès aux soins.

c) Les difficultés à établir une liaison avec le dispositif sanitaire de droit commun

L'intervention des professionnels de santé des dispositifs sociaux ne se substitue pas aux démarches de soin de droit commun, qu'il s'agisse de soin somatique, psychiatrique, ou de psychothérapie. L'articulation des dispositifs sanitaires et sociaux dans le Bas-Rhin se fait essentiellement de manière informelle, et est ainsi dépendante de la personnalité et de la bonne volonté de chacun. Quelques liaisons formalisées se mettent par ailleurs en place.

Des liaisons informelles

Il s'agit ici de contacts informels établis entre les professionnels des sphères sanitaire et sociale. La présence d'un professionnel de santé dans la structure sociale facilite ces contacts. D'une manière générale cependant, ce sont les équipes sociales qui jouent ici un rôle important. Les travailleurs sociaux effectuent en direction de l'utilisateur tout un travail de mise en confiance, basé sur l'écoute. Ils accompagnent le retour vers le soin (conseils d'orientation...). Ils participent par ailleurs à la mise en place et à la consolidation des relations partenariales avec l'Assurance Maladie et les professionnels de santé de droit commun. Leur démarche consiste à prendre contact avec des soignants et à les sensibiliser à la problématique de la grande précarité. Les équipes sociales se constituent généralement un réseau (le plus large possible) de partenaires privilégiés, sensibilisés aux problématiques de ce public, afin d'éviter aux usagers la répétition de mauvaises expériences avec le secteur médical. Ainsi, chaque CHRS, accueil de jour et chaque CLI est en contact avec des infirmiers, médecins, psychiatres...et développe un réseau informel.

□ L'exemple du CHRS La Cité Relais : la constitution d'un réseau informel

Ce CHRS a mis en place un réel travail de coopération entre l'hôpital, l'extrahospitalier, la médecine libérale, ses travailleurs sociaux, son infirmière et son psychologue, bien que rien ne soit formalisé. En ce qui concerne la médecine libérale, les relations sont multiples dans la mesure où chaque résident a son médecin traitant personnel (principe du libre choix du thérapeute). L'infirmière du CHRS relève que tous les partenaires sollicités se sont impliqués sans trop de difficultés, et il n'y a pas eu de cas de refus. Concernant la psychiatrie, le CHRS est en contact en particulier avec le CMP de la rue de Berne qui assure le suivi de plusieurs résidents. La collaboration et l'échange d'informations tant

au niveau médical que paramédical se sont intensifiés, notamment depuis l'arrivée d'une infirmière au CHRS. Par ailleurs, l'équipe du CHRS rencontre souvent le psychiatre qui suit la personne en réunion de synthèse avant même d'accueillir cette personne dans le CHRS, et éventuellement plus tard lors de son séjour si besoin est. Cela permet une continuité du suivi. Un partenariat a également été mis en place avec le centre de soins de suite et de réadaptation orienté vers l'alcoologie de Marienbronn dans le but notamment de mettre en place un suivi de post-cure plus rigoureux pour les prochains résidents du CHRS sortant de cet établissement.

Les démarches auprès des partenaires permettent de maintenir et de développer ce réseau : contacts téléphoniques, visites des établissements, entretiens ponctuels, participation à la commission santé de la FNARS... La dynamique actuelle permet ainsi une articulation satisfaisante de la structure sociale concernée (CHRS) et du dispositif sanitaire de droit commun. Cette situation est cependant fragile dans la mesure où elle est conditionnée par des relations interpersonnelles.

Des liaisons formalisées

Quelques liaisons entre les dispositifs sociaux et le dispositif sanitaire de droit commun ont été formalisées dans le Bas-Rhin. Récentes, elles restent marginales et comportent un certain nombre de limites.

□ L'équipe mobile santé précarité de l'EPSAN⁴⁸

Le secteur 67 G 04 (secteur urbain de la Communauté de Strasbourg) a mis en place des permanences d'infirmiers psychiatriques au sein de certaines structures d'accueil et d'hébergement⁴⁹. Cette action avait démarré dès 1995, dans un contexte marqué par la sortie du rapport Lazarus. Elle compte actuellement 3 postes d'infirmiers compétents en psychiatrie à 1/3 temps, c'est à dire un poste équivalent temps plein. Cette action était financée initialement par des crédits PRAPS, puis par l'ARH.

Il s'agit d'une équipe à vocation intersectorielle. Elle va à la rencontre des personnes présentant des troubles psychiatriques, sur leurs lieux de vie, et coordonne si nécessaire l'accompagnement de certaines d'entre elles vers les structures psychiatriques. Seuls les infirmiers psychiatriques se déplacent dans les structures sociales. Néanmoins, ils font partie d'une équipe composée d'un praticien hospitalier, d'un médecin psychiatre, d'un

⁴⁸ Etablissement Public de Santé Alsace Nord

⁴⁹ Accueil Printemps, CHRS Le Home Protestant, Foyer Prechter, l'Etage, Mouvement le Nid (accueil de personnes prostituées), Fritz Kiener, association Entraide, Foyer Millot, l'Atelier, La Cité Relais, Point Orientation Solidarité (lieu d'orientation en gare de Strasbourg), Vilaje (intervention d'éducateurs de rue, notamment dans les quartiers de la gare et du centre ville).

psychologue et d'une assistante sociale. Le fait d'être rattachés à un service hospitalier réfère leur permet de garder un contact étroit.

Les modalités d'intervention de l'équipe mobile varient selon les lieux. En effet, les équipes sociales ont formulé des demandes diverses, compte tenu des dispositifs qu'elles avaient par ailleurs mis en place. Les infirmiers du Réseau Précarité interviennent ainsi plus ou moins régulièrement suivant les structures, sous forme de permanences ou de demandes ponctuelles, sur le mode de l'échange collectif ou individuel, lors des repas ou non, en concertation avec le psychologue, le médecin ou l'infirmier de l'établissement s'il y en a un. Les infirmiers du Réseau Précarité sont tenus de se consacrer en priorité aux personnes que les travailleurs sociaux leur ont signalées comme présentant des troubles importants. Il leur revient alors de faire la part des choses entre l'angoisse du travailleur social, le mal-être de la personne désignée, sa souffrance psychique, et la maladie mentale. Si besoin est, leur intervention consiste à amener la personne à prendre conscience de son trouble et à envisager une hospitalisation. Leur présence permet de démystifier l'image que véhicule la psychiatrie.

Cette intervention bouscule les représentations : la psychiatrie s'ouvre au monde de la précarité et les équipes sociales se sensibilisent aux problématiques complexes de la psychiatrie. Elles abandonnent conjointement leurs illusions quant au fait que la psychiatrie puisse répondre à tous les problèmes, et évoluent vers un véritable travail en réseau.

Une évaluation de l'action de cette équipe a été réalisée en mai 2001 en concertation avec la direction et l'équipe du secteur 67 G 04. Sur le plan qualitatif, la plus-value apportée a été mise en évidence. L'intervention a permis la rencontre de personnes qui n'étaient pas connues des services de psychiatrie, en situation de souffrance psychique et qui n'avaient jamais consulté (environ 10% des personnes rencontrées par le Réseau Précarité), une reprise de contact avec des personnes en rupture de soins, l'établissement d'un climat de confiance, la mise en place d'un accompagnement personnalisé qui prend en compte le rythme de la personne et l'inscription de la démarche de soins dans une logique de continuité. L'évaluation quantitative effectuée sur la période du 1/01/2001 au 31/05/2001 a révélé le nombre important de personnes rencontrées (143, sans compter les échanges informels) et la part importante de personnes s'étant engagées dans une démarche de soins (24%).

L'action du Réseau Précarité rencontre cependant un certain nombre de limites :

- La faiblesse de ses moyens : compte tenu de sa surcharge de travail, l'équipe d'infirmiers ne peut plus toujours intervenir au même rythme dans les structures, ce qui risque à terme de remettre en cause la dimension essentielle de l'inscription

régulière de son intervention dans le temps. Elle n'est pas non plus en mesure de répondre à des demandes nouvelles.

- La faible implication des secteurs de psychiatrie en matière de prise en charge des publics en situation de précarité. Compte tenu du principe de sectorisation, le suivi initié par les infirmiers peut déboucher sur une hospitalisation dans un secteur autre que le secteur 67 G 04. La relation de confiance instaurée et le processus d'adhésion aux soins qui en découle se trouvent alors remis en cause face à une hospitalisation dans un service où la personne n'a aucun repère, et où les intervenants ne sont pas forcément sensibilisés à la problématique de la précarité. Même au sein du secteur 67 G 04 lui-même, les infirmiers de l'équipe mobile regrettent de ne pas toujours trouver le relais nécessaire à leur action.

Un certain nombre d'effets pervers liés à la mise en place de cette équipe mobile doivent par ailleurs être soulignés :

- La présence de cette équipe peut paradoxalement conduire à retarder les prises en charge hospitalières : le secteur ne voit plus aucune urgence à prendre en charge une personne puisqu'un infirmier psychiatrique la suit sur place, au sein de la structure sociale.
- La création, certes louable, d'une équipe mobile précarité, ne doit pas servir d'alibi aux secteurs pour témoigner de leur implication dans le domaine de la précarité. Cette réponse au problème de santé mentale des personnes en situation de précarité est certes adaptée, mais elle ne saurait être suffisante en soi.

□ **La signature d'une convention entre le Centre Hospitalier d'Erstein et le CHRS Association Espérance (Sélestat)**

Il s'agit d'une convention de coopération pour la couverture psychiatrique du CHRS, signée en 2002. C'est la seule convention de ce type qui ait été signée dans le Bas-Rhin. Cette convention a pour objet de préciser les modalités d'organisation des prestations psychiatriques dans le CHRS concerné. Le Centre Hospitalier d'Erstein s'engage à assurer un suivi régulier de ses patients placés en CHRS. Il désigne un médecin référent. Le responsable du CHRS peut prendre contact avec les médecins du Centre Hospitalier d'Erstein afin de signaler toute modification de la situation psychiatrique des personnes suivies. Lors de l'admission de nouveaux patients nécessitant un bilan ou un suivi psychiatrique, le médecin référent pourra assurer une consultation spécifique. Par ailleurs, le CH d'Erstein propose chaque année et à titre gracieux au personnel du CHRS dans le cadre de la formation une approche des troubles psychiatrique.

Cette convention présente l'intérêt de formaliser, et donc de consolider les liens entre ces deux structures.

□ **La désignation de personnes référentes**

Un accord entre la CLI de Strasbourg Campagne et les secteurs de psychiatre relevant de son territoire a conduit à la désignation d'une personne référente dans chaque secteur. Les secteurs concernés ont chacun désigné une assistante sociale, ce qui permet de formaliser les liens entre la CLI de Strasbourg Campagne et ces secteurs.

□ **La fiche navette**

Il s'agit d'une fiche de liaison entre les médecins et les instructeurs RMI. L'idée de créer cette fiche est née en 1998, au sein de la CLI de Strasbourg. Cette fiche permet :

- d'orienter les personnes vers une consultation et de la réintroduire dans le circuit «normal » de la santé,
- de promouvoir une communication entre le médecin généraliste et l'instructeur par l'intermédiaire du sujet, ce qui permet de le responsabiliser et de lui donner un rôle actif. Le bénéficiaire du RMI, porteur de la fiche, doit en effet être informé de l'avis demandé par l'instructeur à son médecin, connaître la réponse, et être libre de la transmettre en retour à l'instructeur de son dossier RMI. Il ne s'agit pas d'un certificat médical. La fiche ne comporte aucun diagnostic médical sur le patient. Il s'agit uniquement d'un avis médical sur la capacité de la personne à s'impliquer dans une démarche d'insertion. Cette fiche navette a obtenu l'aval du Conseil de l'Ordre des médecins. Une première évaluation a été effectuée après 8 à 9 mois d'utilisation de la fiche. Si cet outil est jugé intéressant par les instructeurs, son utilisation reste encore peu répandue (80 fiches seulement ont été utilisées sur cette période). Certains instructeurs regrettent le manque d'implication des médecins, le caractère médical de leurs réponses, ou le fait que certains mentionnent leur diagnostic sur la fiche. Quant aux réactions des bénéficiaires, elles sont variées. Certains estiment que la fiche constitue un soutien à leur démarche, cette fiche ayant une valeur de lettre de recommandation. D'autres considèrent que cette fiche traduit un manque de confiance, voire un « flicage ».

Ainsi, dans le Bas-Rhin, les initiatives tendant à favoriser l'articulation des dispositifs sanitaire et sociaux sont divers: mise en place d'une équipe mobile, désignation de référents, signature d'une convention, création d'une fiche navette... Ces outils sont intéressants dans la mesure où ils permettent d'établir véritablement une liaison avec le dispositif sanitaire de droit commun, favorisant ainsi l'accès aux soins des plus démunis sans tomber dans l'écueil d'un système de santé à la marge, en-dehors du droit commun. Ils relèvent d'une logique de travail en réseau.

On ne peut cependant pas (encore) parler d'une articulation des dispositifs sanitaires et sociaux dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychique dans le Bas-Rhin. Ces liaisons formalisées sont très limitées. L'équipe mobile de l'EPSAN est en pratique peu fonctionnelle, une seule convention CHRS/ secteur a été signée (récemment), la fiche navette est peu utilisée, et la désignation de référents entre la CLI de Strasbourg Campagne et les secteurs concernés est trop récente (début 2003) pour qu'on puisse évaluer l'impact. Finalement, force est de constater que la prise en compte de la souffrance psychique dans le Bas-Rhin relève actuellement essentiellement de réponses internes aux dispositifs sociaux (permanences de psychologues, d'infirmières...).

Les professionnels de santé ne sont cependant pas les seuls acteurs de la prise en charge de la souffrance psychosociale. Bien que la nécessité de renforcer le partenariat avec la psychiatrie soit actuellement mise en avant, la complexité de la question ne permet de limiter les réponses à ce seul aspect sanitaire.

Le PRAPS I ne considérait pas d'ailleurs l'intervention de la psychiatrie comme une priorité en matière de prise en charge de la souffrance psychique. Il affirmait au contraire l'importance de distinguer la souffrance psychique de la pathologie psychiatrique : « la convivialité, le tissage de liens, les actions de santé participatives élaborées au sein de la communauté apparaissent plus nécessaires que la prise en charge spécialisée » en matière de souffrance psychique. Alors que le PRAPS I traitait la question de la souffrance psychique de manière indépendante, le PRAPS II associe souffrance psychique et pathologie psychiatrique dans les mêmes objectifs, d'où la mise en avant d'une approche en termes de soins spécialisés. Cependant, parallèlement à cette approche, le PRAPS II prévoit un objectif propre au champ de la souffrance psychique, relevant d'une réponse en termes de bien-être plus que de soins : il s'agit de renforcer les actions favorisant le maintien du lien social et la valorisation des compétences et des ressources des personnes, et de développer les espaces d'accueil et d'écoute. Quelles sont les réponses sociales actuellement mises en œuvre dans le Bas-Rhin?

B) L'action des équipes sociales

Les personnes rencontrées dans les dispositifs sociaux parlent avant tout de leur solitude et de leur ennui. Les équipes sociales ont un rôle important à jouer à ce niveau-là, afin de combler ce « grand vide ».

□ **L'importance de l'accueil et de l'écoute**

Lorsqu'un bénéficiaire du RMI rencontre pour la première fois celui qui va instruire son dossier, ou lorsqu'une personne arrive dans un CHRS, le premier contact, qui met en confiance, rassure, est très important. Cela demande le temps d'écouter la personne,

d'engager éventuellement une discussion. L'accueil est généralement bien organisé dans un CHRS (le nouveau résident a rendez-vous à une heure précise, il est accueilli par un éducateur qui lui montre sa chambre, lui fait visiter l'établissement, et lui en explique le règlement). C'est moins évident dans le dispositif RMI, où les instructeurs n'ont pas toujours ce temps.

□ **La mise en place d'actions de socialisation**

Des actions ont été mises en place dans le but de rompre l'ennui, la solitude, et afin de permettre au bénéficiaire de recréer des liens. Les trois exemples développés ci-dessous montrent la diversité de ces actions.

- **Le Parcours de Développement Personnel (PADEP) de l'association l'Atelier:**

Il s'agit d'une action en direction de personnes s'inscrivant dans un parcours d'insertion : bénéficiaires du RMI, chômeurs de très longue durée... L'objectif est d'aider la personne à se resituer dans son environnement et à y progresser. Différentes activités y sont organisées afin de favoriser de nouvelles rencontres, pour que le bénéficiaire puisse retrouver le sentiment de sa propre valeur : ateliers (menuiserie, arts plastiques, sport, écriture...), moments de convivialité (pause café, repas pris en commun), sorties, visites, participation à des événements festifs (carnaval de Strasbourg par exemple). L'accent est mis sur l'écoute et le suivi de personnes en souffrance psychique. Cette action est financée par le Conseil Général (dans le cadre du volet insertion du dispositif RMI) et par l'Etat (financement PRAPS et mesure d'Appui Social Individualisé) pour que puissent en bénéficier des personnes ne relevant pas du dispositif RMI.

- **Une action de redynamisation pour les femmes bénéficiaires du RMI et de l'API :**

Cette action est conduite à Strasbourg par l'association Le Clapest et est subventionnée par le Conseil Général. L'objectif est de construire avec ces femmes une démarche dynamique en les accompagnant dans leur projet personnel et /ou professionnel. Il s'agit de femmes en situation de grande précarité, marquées par la détresse. Le groupe de huit femmes se retrouve trois demi journées par semaine. Des activités sont proposées (peinture, poterie...), ainsi que des sorties (cinéma, piscine, visite d'expositions, marché...). Un temps très important d'écoute leur est consacré.

- **Une action de thérapie par le cheval portée par l'association « Hopla » :**

Il s'agit d'offrir une écoute et un soutien thérapeutique à des personnes présentant des troubles psychologiques entravant leur insertion professionnelle. Le support est le cheval : soin du cheval, ballades équestres en groupe... Cette action est cofinancée par le Conseil Général et l'Etat dans le cadre du PRAPS.

❑ **Les activités artistiques et culturelles**

Deux articles de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 sont consacrés au droit d'accès à la culture⁵⁰. Si l'accès à la culture est reconnu comme un droit fondamental, la pratique d'activités culturelles pour les personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion reste peu courante. L'accès à des activités artistiques et culturelles est apparu comme un moyen intéressant de lutter contre l'ennui et le sentiment de solitude caractéristiques de la souffrance psychosociale. La participation à un événement culturel, à une création artistique, contribue à restaurer la capacité d'être acteur. Ces activités permettent aux usagers de reprendre confiance en eux et de favoriser la création de liens. Le lien entre culture et insertion comprend deux axes :

- l'accès à la culture en dehors de la structure d'accueil : le rôle de l'animateur dans un CHRS est à cet égard très important (organisation de visites d'expositions...).
- la mise en place d'ateliers culturels en interne : plusieurs CHRS et accueils de jour ont ainsi mis en place des « ateliers arts plastiques » (CHRS La Cité Relais et Accueil Printemps par exemple).

La commission culture de la FNARS Alsace a organisé une journée de réflexion sur ce thème. Une exposition avait été réalisée par des personnes accueillies dans les associations (tableaux, peintures, photos...).

L'analyse de ces différentes actions mises en place dans le Bas-Rhin permet d'identifier trois niveaux d'intervention auprès de la personne en souffrance psychosociale : les intervenants de 1^{ère} ligne (travailleurs sociaux, professionnels de santé des dispositifs sociaux...), les intervenants spécialisés en psychiatrie (secteurs, équipe mobile, psychiatres libéraux), et les professionnels de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers, équipes thérapeutiques des centres de soins dans le domaine de l'alcoologie et de la toxicomanie, médecins du travail, pharmaciens)⁵¹. Ces différents professionnels interviennent de manière complémentaire. L'intervention des professionnels spécialisés n'est pas forcément préalable à celle des autres acteurs. Il est important que la personne soit prise en charge à partir du niveau où elle exprime et/ ou est repérée sa souffrance.

⁵⁰ L'article 140 de la loi LCE réaffirme, comme objectif national, « *l'égal accès à tous, tout au long de la vie, à la culture, à la pratique sportive, aux vacances et aux loisirs* ». L'article 147 autorise la modulation des tarifs des services sociaux et culturels facultatifs des collectivités locales (centres de loisirs, bibliothèques, musées, conservatoires...) en fonction du revenu des usagers et de la taille du foyer.

⁵¹ Le rapport final du groupe de travail de la DGS relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale » d'avril 2002 identifie et analyse ces trois niveaux d'intervention.

L'idée est de placer autour de la personne en souffrance un certain nombre de professionnels susceptibles de lui apporter une écoute, un accompagnement ou des soins. C'est ensuite à la personne elle-même de choisir à qui elle aura envi de s'adresser, de saisir ces tuteurs de résilience placés autour d'elle.

3 PERSPECTIVES D'EVOLUTION ET PROPOSITIONS D'ACTION

L'élaboration du PRAPS II et la préparation du SROS psychiatrie de troisième génération est l'occasion pour les acteurs institutionnels de s'interroger à nouveau sur la problématique de la souffrance psychosociale, de faire le bilan des actions actuellement conduites, et de réfléchir aux évolutions souhaitables. Les recherches que j'ai menées lors de mon stage m'ont permis d'avoir une vision d'ensemble des réponses apportées, et me conduisent à formuler un certain nombre de propositions, notamment au regard des orientations du plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion du 25/03/2003. Un double objectif sous-tend ces propositions :

- favoriser une plus grande implication de la psychiatrie publique,
- développer les réponses sociales à la prise en charge de la souffrance psychique.

3.1 Donner un cadre institutionnel au travail en partenariat

Le plan gouvernemental de santé mentale rendu public le 14 novembre 2001 insiste sur le nécessaire appui institutionnel aux initiatives locales de partenariat. L'analyse de terrain effectuée dans le Bas-Rhin a révélé en effet que de nombreuses personnes (professionnels des institutions et de terrain) agissaient dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychosociale, mais qu'il manquait un cadre institutionnel à ces initiatives. La mise en place d'un double réseau institutionnel et professionnel permettrait d'apporter ce cadre, et de renforcer ainsi les partenariats existants.

- La constitution de « **conseils locaux de santé mentale** » :

Organisés au niveau d'un territoire pertinent qui pourrait être celui d'un secteur sanitaire, les conseils locaux de santé mentale seraient des lieux de concertation entre les représentants des professionnels des différents champs concernés. Ces instances favoriseraient la constitution de nouveaux partenariats, et renforceraient ceux existant.

Un « noyau » de professionnels concernés par la problématique de la souffrance psychosociale a l'habitude de se retrouver dans le cadre du groupe PRAPS sur la souffrance psychique. La création de conseils locaux de santé mentale présenterait cependant un intérêt car n'y siègeraient pas uniquement des professionnels de santé des dispositifs sociaux, mais également des médecins, des psychiatres et des psychologues libéraux, des représentants de la psychiatrie publique, des travailleurs sociaux, des

représentants des usagers... Ces instances auraient une assise locale, c'est à ce niveau-là que pourrait s'organiser la concertation entre le niveau local et départemental.

Lieux de rencontre pluri-professionnels, ils permettraient de croiser les problématiques sanitaires et sociales, et de donner la parole aux professionnels sur la question de la santé mentale.

- La création d'**une instance inter-institutionnelle sur la santé mentale** :

La question de la souffrance psychosociale, comme on a pu le voir, dépasse les logiques administratives de dispositifs, et appelle à un décloisonnement institutionnel. Les différents responsables institutionnels siègeraient dans cette instance (Etat, ARH, Conseils généraux, Municipalité, CPAM, MSA, DDPJJ, Education nationale...). Ils s'engageraient sur les orientations de la politique de santé mentale menée au plan local. La formalisation de ce réseau institutionnel permettrait de dépasser les logiques actuelles d'élaboration des politiques de santé mentale et de planification des équipements, entre le champ sanitaire et le champ social et médico-social. Cela permettrait également une plus grande lisibilité des dispositifs en place. La mise en place d'un nouvel outil, le **contrat pluriannuel de santé mentale**, favoriserait l'articulation de ces différents champs et formaliserait l'engagement des partenaires institutionnels. Le plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion du 25/03/2003 préconise la mise en place de cet outil.

Une réflexion sur ce nouvel outil (son contenu, sa mise en place, son intérêt...) serait menée dans un premier temps au sein des conseils locaux de santé mentale. Ce contrat serait ensuite élaboré sur la base de ces concertations locales, et conclu au sein de l'instance inter-institutionnelle.

Ce contrat permettrait notamment de préciser le rôle de chacun de ces professionnels dans le champ de la santé mentale, et d'apporter ainsi un appui institutionnel aux partenariats locaux.

3.2 Favoriser la communication entre les secteurs sanitaires et sociaux

Il s'agit dans ce cadre de mettre en place un certain nombre d'outils qui rendront le lien et le dialogue entre les acteurs plus faciles. La journée d'échange du 17 octobre 2002 organisée par la CLI de Strasbourg a représenté un temps de coordination et de rencontre. Par ce type d'événement formel, les acteurs prennent l'habitude de se concerter, ce qui permet de renforcer le maillage entre les différentes initiatives et impulse la création et le développement de réseaux. La diffusion des actes de la journée du 17 octobre 2002 participe à cette volonté de communication. D'autres outils pourraient contribuer à ce même objectif.

3.2.1 La désignation de référents

La désignation de personnes référentes facilite incontestablement la communication entre les différents dispositifs et les différentes structures. L'exemple de la CLI de Strasbourg Campagne pourrait être étendu à l'ensemble du département.

3.2.2 La nécessité d'un travail de lisibilité : l'élaboration d'un guide des ressources en santé mentale

Ce guide, élaboré à l'échelle du département du Bas-Rhin, serait destiné aux professionnels des champs sanitaires, sociaux, et aux représentants des usagers.

- Une première partie de ce guide pourrait rappeler les principes éthiques et déontologiques d'intervention dans le champ de la santé mentale auprès des personnes en situation de précarité. Cette partie s'appuierait sur les travaux du groupe PRAPS « souffrance psychique » qui ont abouti à la définition d'une « clinique des lieux intermédiaires ».
- La deuxième partie du guide énoncerait les orientations retenues dans le département dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de santé mentale (axes du PRAPS, du PDI et du SROS psychiatrie concernés), ainsi que les sources de financement possibles pour les porteurs de projet.
- La troisième partie du guide se présenterait sous la forme d'un annuaire qui contiendrait :
 - Une présentation des acteurs institutionnels intervenant dans le champ de la santé mentale (DDASS, DRASS, Conseil Général, ARH, Ville de Strasbourg...), et leurs coordonnées,
 - Les coordonnées des associations d'usagers,
 - Les coordonnées de professionnels de santé libéraux souhaitant s'impliquer (psychologues, psychiatres, médecins généralistes, infirmiers...),
 - Une présentation des structures psychiatriques du département, leur rôle, les règles de sectorisation et l'identification et les coordonnées d'un référent pour chaque secteur,
 - Une présentation et les coordonnées des différentes structures sociales intervenant dans le champ de la santé mentale, et l'identification et les coordonnées d'un référent santé mentale pour chaque structure et dispositif (psychologues RMI pour les CLI, professionnels de santé présents au sein des CHRS par exemple). Cette partie de l'annuaire santé mentale pourrait s'appuyer pour son élaboration sur l'annuaire des structures d'accueil et d'hébergement existant dans le département, et sur l'annuaire existant des acteurs de la lutte contre l'exclusion dans le champ sanitaire et social.

Ce guide permettrait aux acteurs d'avoir une vision précise des partenariats existants, de savoir à qui s'adresser. Cela participerait à concrétiser la liaison du sanitaire et du social, et favoriserait une prise en charge continue des personnes en souffrance.

3.2.3 La mise en place de formations communes

Le plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion du 25/03/2003, reprenant les propositions du groupe de travail « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »⁵², préconise la mise en place de formations communes et croisées. Certaines DRASS, comme celle de l'Île de France, ont impulsé en 1999 et 2000 des actions de formation dans le cadre du PRAPS. Ces formations rassemblaient des personnels hospitaliers et des travailleurs sociaux. Elles étaient confiées aussi bien à des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) qu'à des centres de formation du secteur social.

Il serait intéressant de relier la faculté de médecine, les IFSI, et les centres de formation du secteur social par une convention en vue de proposer un programme de formation continue sur la souffrance psychosociale. Ces formations seraient ouvertes à tous les professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale et communes. Ce type de formation pourrait être également proposé dans le cadre de la formation initiale.

Ces formations devraient s'inscrire dans un échelon territorial suffisamment précis afin de favoriser les échanges entre des professionnels directement appelés à travailler ensemble.

Un comité de pilotage comprenant la DRASS et des représentants des différents partenaires signataires de la convention serait mis en place. Il serait chargé de l'élaboration du programme de ces formations, de l'organisation, et de la communication.

Ces formations croisées favorisent les échanges entre les professionnels des différents champs, grâce à l'acquisition d'une culture commune.

3.3 Favoriser une plus grande implication de la psychiatrie

L'analyse de terrain a révélé une faible implication des secteurs de psychiatrie dans le cadre de la prise en compte de la souffrance psychosociale. Si la constitution de réseaux

⁵² Rapport diligenté par la DHOS et présenté au Comité Consultatif de Santé Mentale en avril 2002

est préconisée dans de nombreux rapports⁵³, la situation du Bas-Rhin appelle tout d'abord à une réflexion sur les réticences des secteurs à s'impliquer, et nécessite de définir avec eux les modalités de leur intervention dans le champ de la souffrance psychosociale, compte tenu de la spécificité de leur discipline.

3.3.1 Un préalable nécessaire : une réflexion sur l'identité de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale

Dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychosociale, les secteurs de psychiatrie font l'objet d'importantes sollicitations de la part du champ social. Il apparaît tout d'abord nécessaire de rationaliser ces attentes par une requalification de la spécificité de leur travail thérapeutique et une réaffirmation de l'identité de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale. Cette réflexion sur le positionnement de la psychiatrie et sur l'évolution de ses missions pourrait être menée dans le cadre des conseils locaux de santé mentale. Cela permettrait de préciser ces sollicitations multiples, en les recentrant sur les compétences spécifiques de la psychiatrie telles que le dépistage, le soin, les stratégies thérapeutiques... Si cette réflexion doit émaner des professionnels eux-même, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale a un rôle important à jouer en terme d'organisation de ces concertations et de rappel du cadre juridique et des orientations gouvernementales en matière de santé mentale. Cette réflexion sur l'évolution des missions de la psychiatrie s'avère d'autant plus incontournable que le plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion du 25/03/2003 prévoit une actualisation du code de la santé publique touchant aux missions du secteur de la psychiatrie.

3.3.2 Garantir une mise en œuvre effective des orientations régionales relatives à la prise en compte de la souffrance psychique

Le SROS psychiatrie de deuxième génération comportait un certain nombre de préconisations relatives au lien des dispositifs sanitaires et sociaux. Il est cependant regrettable de constater le peu d'incidence concrètes qu'ont pu avoir ces dispositions. Un nouveau SROS est actuellement en cours d'élaboration. Il s'agit d'un SROS général qui comprendra un volet psychiatrie, dont l'un des axes sera relatif à la prise en charge de la souffrance psychique. Il apparaît dès lors indispensable de prévoir des outils de mise en œuvre efficaces, afin que ce nouveau schéma ne reste pas sans écho.

⁵³ Rapports sur l'évolution des métiers et sur la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale.

A) L'utilisation des outils créés ou confortés par les ordonnances d'avril 1996 :

Pour l'application des schémas de psychiatrie, les ordonnances d'avril 1996 prévoient un certain nombre d'outils sur lesquels les régions peuvent s'appuyer :

- Les projets d'établissements qui doivent être cohérents avec les orientations des schémas,
- Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM) qui déclinent les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le cadre des schémas,
- Le régime des autorisations qui suppose qu'aucun projet ne pourra être autorisé et mis en œuvre s'il n'est pas compatible avec le schéma.

La commission exécutive de l'ARH valide les projets d'établissement et les COM, après avoir entendu l'avis d'un rapporteur (Etat ou Assurance maladie) chargé de l'instruction du dossier. L'ARH est ainsi responsable de la prise en compte des priorités de santé publique par les établissements de santé. Le travail en partenariat des professionnels médicaux et administratifs (IASS-MISP ou IASS-médecin conseil d'une caisse) est à cet égard très important dans la mesure où il permet une analyse technique complémentaire des dossiers.

La DRASS est intervenue afin d'alerter l'ARH sur les difficultés rencontrées par la psychiatrie pour absorber ses nouvelles missions. Une note relative à l'articulation de la psychiatrie et des dispositifs d'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion sociale lui a été adressée, après avoir été validée en CTRI. Cette note doit encore être soumise à la commission exécutive de l'ARH. Si elle est validée, elle pourrait éventuellement être diffusée par l'ARH auprès des établissements afin qu'ils en tiennent compte dans l'élaboration de leur projet d'établissement et qu'ils l'intègrent dans leur rapport d'orientation budgétaire 2003 (campagne budgétaire 2004).

L'IASS peut également avoir une influence lors de l'élaboration des projets d'établissements et des COM. Au cours de cette phase de négociation, il lui appartient de faire valoir auprès de l'établissement les orientations de la politique régionale (SROS, PRAPS).

B) Les outils de suivi et d'évaluation

Le SROS psychiatrie de deuxième génération prévoyait un certain nombre d'indicateurs de suivi et d'évaluation. On pourrait également retenir :

- L'élaboration chaque année d'un rapport présenté par l'ARH aux différents partenaires institutionnels (ou à l'instance inter-institutionnelle en santé mentale si elle est mise en place), ainsi qu'aux établissements concernés. Ce rapport serait élaboré sur la base d'indicateurs portant notamment sur l'accessibilité des soins, les délais de rendez-vous en CMP, le nombre et les intitulés des projets s'inscrivant dans le cadre des priorités de santé publiques retenues...

- Une démarche d'évaluation du SROS associant les acteurs du schéma. Un cahier des charges de l'évaluation, comprenant un certain nombre de questions évaluatives, serait élaboré par l'ensemble des acteurs. Un évaluateur extérieur (un universitaire par exemple) serait chargé de répondre à ces questions évaluatives, et d'étudier notamment le fonctionnement des relations partenariales, l'efficacité et la continuité des prises en charge... Le but de cette évaluation serait d'une part de constater le degré de réalisation du schéma, et d'autre part de mobiliser les acteurs autour des axes prioritaires du schéma, en ayant les moyens de pointer les failles.

C) Perspective d'utilisation du PMSI en psychiatrie⁵⁴

Depuis plusieurs années, des groupes de réflexion coordonnés par la DHOS travaillent à la définition d'un PMSI en psychiatrie. Cet outil est actuellement mis en œuvre de manière expérimentale dans un certain nombre d'établissement de santé du Bas-Rhin. L'utilisation de ce PMSI à des fins d'allocation de ressources devrait être possible pour la campagne budgétaire 2007 (automne 2006). Grâce à cet outil, l'ARH, destinataire des informations, pourrait mesurer l'implication de ces établissements dans la prise en charge des publics en souffrance accueillis dans les structures sociales. En particulier, le résumé d'information standardisé « externe » (RIS-E) concerne les activités de consultation et de soins externes et permet de savoir le nombre d'actes effectués, quels sont les professionnels intervenant, et le type de structure où l'acte est effectué.

3.3.3 Les modalités d'intervention de la psychiatrie à développer

- A) Renforcer les interventions directes de la psychiatrie auprès des usagers accueillis dans les structures sociales, et apporter un soutien technique aux professionnels de ces structures

L'équipe mobile mise en place par l'EPSAN se heurte, comme on a pu le voir, à un certain nombre de limites. L'évaluation de son activité a cependant montré l'intérêt d'un dispositif de ce type. Plusieurs propositions peuvent être faites afin d'améliorer l'efficacité de son action :

- renforcer ses effectifs (un ETP supplémentaire au moins serait nécessaire pour garantir la couverture de l'ensemble des structures sociales concernées),
- créer une équipe pluri-professionnelle : l'équipe actuelle ne compte que des infirmiers psychiatriques. Elle pourrait être enrichie de la présence d'un psychologue, d'une assistante sociale, et de l'intervention ponctuelle d'un psychiatre,

⁵⁴ voir circulaire DHOS du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI-psychiatrie à titre expérimental

- désigner un psychiatre « référent précarité » dans chaque secteur afin de garantir la continuité de la prise en charge entre l'équipe mobile et l'hôpital,
- parvenir à terme à une organisation intersectorielle de l'équipe par la création d'un comité de pilotage comprenant des représentants de plusieurs secteurs.

B) Mettre en place des actions en appui sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont mis en place en leur sein une PASS⁵⁵, « La Boussole ». Son activité a démarré le 17 avril 2000. Les professionnels intervenant dans la PASS soulignent la fragilité psychologique du public accueilli et la difficulté d'établir des contacts, des échanges avec certains secteurs de psychiatrie. Plusieurs propositions alternatives peuvent être faites dans ce cadre :

- créer un poste de psychologue ou de psychiatre (0,5 ETP) au sein de la PASS,
- prévoir des permanences de l'équipe mobile de l'EPSAN au sein de la PASS,
- établir entre la PASS et certains secteurs une convention prévoyant des interventions ponctuelles de la psychiatrie publique à la demande la PASS,
- créer une PASS en psychiatrie⁵⁶.

C) Un objectif à plus long terme : la formalisation d'un réseau santé/ précarité sur le territoire de Strasbourg

La constitution d'un réseau santé/ précarité doit être considéré comme l'objectif et l'aboutissement du travail partenarial qui se met actuellement en place dans le département du Bas-Rhin. Ce réseau devrait permettre à terme de dépasser le partenariat ponctuel, reposant le plus souvent sur des échanges informels entre les professionnels, indépendamment d'une implication institutionnelle. Il garantirait une mobilisation des compétences diversifiées (sociales, psychologiques, médicales et paramédicales) en vue d'une prise en charge individualisé du patient, et permettrait d'éviter la segmentation des actions et la discontinuité des prises en charge⁵⁷.

L'article 84 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades donne une définition précise du réseau, de ses modalités de financement, et de sa composition.

⁵⁵ La loi LCE du 29/07/1998 prévoit la création de PASS au sein des établissements de santé participant au service public hospitalier, dans le cadre des PRAPS.

⁵⁶ Une PASS en psychiatrie a été créée au CHS de l'Yonne

⁵⁷ Rapport final du groupe de travail DGS relatif à *l'évolution des métiers en santé mentale*, avril 2002

La dynamique actuelle dans le Bas-Rhin ne permet pas cependant encore la constitution d'un tel réseau. Un travail préalable de sensibilisation des secteurs de psychiatrie et des professionnels de santé libéraux sur la question de la souffrance psychosociale s'avère au préalable indispensable. La constitution de conseils locaux de santé mentale pourrait à terme conduire à l'élaboration d'un projet commun entre les différents acteurs. A ce moment-là, la DRASS pourrait apporter un soutien technique à la constitution du réseau (identification des financements mobilisables, aspects juridiques⁵⁸). Un « technicien réseau », IASS, serait alors désigné.

3.4 Soutenir les actions de socialisation et d'animation

Les actions mises en place dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychosociale ne doivent pas se limiter aux soins. Il convient également de renforcer les actions de socialisation, ayant pour objectif l'écoute, de créer des liens... sans que ces actions soient forcément à visée éducative. Dans ce cadre, l' IASS peut soutenir des projets très différents.

- La création d'un « Espace convivial » qui serait un lieu de rencontre et de détente ouvert à tous. Un travailleur social serait chargé de l'animation.
- Le financement de postes d'animateurs au sein des CHRS et des accueils de jour.

CONCLUSION

Cette étude menée dans le département du Bas-Rhin a révélé que la souffrance psychique des personnes en situation de précarité est aujourd'hui identifiée comme un problème de santé publique majeur. Sa prise en charge est une priorité locale. De nombreux acteurs sont mobilisés sur cette question. Plusieurs hypothèses avaient été soulevées au début de ce travail afin d'expliquer pourquoi les professionnels étaient aussi démunis face à cette problématique. L'analyse de terrain a confirmé en partie ces hypothèses, mais a montré également que les acteurs de terrain et institutionnels, conscients de ces obstacles, en tiennent compte dans leur manière d'appréhender la problématique de la souffrance psychique.

⁵⁸ Le décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique, encadre strictement la constitution de réseaux.

Une hypothèse concernait les difficultés éthiques d'intervention et le risque d'ingérence sanitaire. Cet aspect est assez largement pris en compte dans le département, à travers la réflexion menée dans le groupe de travail du PRAPS et la remise en question permanente des pratiques.

Selon une autre hypothèse, les représentations des professionnels de la souffrance psychique conduisent à rejeter sur d'autres catégories de professionnels la responsabilité de la réponse. Les entretiens avec les acteurs des différents champs ont mis en évidence la subjectivité de la notion de souffrance psychique, et l'importance des représentations professionnelles dans la définition des réponses adaptées. Au niveau institutionnel cependant, on constate que les groupes de travail pluri-professionnels (IASS, MISP, psychologue RMI, psychiatre) mis en place permettent de prendre conscience de la subjectivité des approches et de prendre un certain recul.

Une autre hypothèse mettait en avant la multiplicité des acteurs institutionnels concernés. Le caractère inter-institutionnel des groupes de travail (comprenant des représentants du Conseil Général, de la Ville, des DDASS-DRASS) favorise la coordination des politiques mises en œuvre. La réflexion sur la souffrance psychique est aujourd'hui transversale aux différents dispositifs.

Finalement, la difficulté essentielle à laquelle les différents acteurs se heurtent est le manque de relais auprès des professionnels du dispositif sanitaire de droit commun, en particulier auprès de certains secteurs de psychiatrie. La psychiatrie est désignée comme un partenaire incontournable, notamment par le PRAPS de deuxième génération en cours d'élaboration. Ce programme semble vouloir prouver sa dynamique en marchant. Le risque est cependant de susciter des réticences ; d'où la nécessité aujourd'hui d'expliquer, de sensibiliser les différents professionnels, de prendre en compte le malaise et les difficultés identitaires de la psychiatrie. Cette mise en avant du rôle de la psychiatrie dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychosociale vient probablement du glissement qui se fait entre deux problématiques :

- la prise en compte de la souffrance psychosociale d'une part,
- la prise en charge de personnes en situation de précarité souffrant d'une pathologie mentale avérée d'autre part.

Dans ce dernier cas, le développement du lien entre le social et la psychiatrie est absolument indispensable (nécessité d'une continuité des soins à la sortie de l'hôpital notamment). Par contre, la souffrance psychosociale est un problème en tension entre le sanitaire et le social, dont le traitement ne peut se satisfaire de l'exclusion d'une des deux dimensions. Des réponses adaptées sur le plan social mériteraient d'être développées.

Le rôle de l'IASS dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychosociale doit être perçu avec modestie. Son action doit permettre une prise de conscience de la réalité de cette souffrance, sa prise en compte dans la mise en œuvre des politiques d'insertion,

et de favoriser les liens entre les différents dispositifs. A son niveau, son rôle est finalement de placer des « tuteurs de résilience » autour de la personne en souffrance.

Bibliographie

Lois, règlements et circulaires

- loi n°1988-1088 du 1^{er} décembre 1988 instaurant le revenu minimum d'insertion
- loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions
- décret du 17 décembre 2002 relatifs aux réseaux
- circulaire DGS du 19 février 2002 relative aux PRAPS 2^{ème} génération
- circulaire budgétaire du 31 décembre 2001
- circulaire n°340 du 15 mars 1960
- circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
- circulaire DGS/DAGPB/DAS n°98/568 relative à la mise en œuvre de la loi LCE
- circulaire DHOS du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI- psychiatrie à titre expérimental

Rapports

- LAZARUS A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, février 1995.
- HCSP, rapport sur *la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, février 1998, page 2.
- ORSPERE, rapport sur les *points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, résultant de deux recherches- action, décembre 1999.
- Rapport final du groupe de travail DGS relatif à *l'évolution des métiers en santé mentale*, avril 2002.
- Rapport du groupe de travail DHOS *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale*, avril 2002.
- PIEL, ROELANDT, *La démocratie dans le champ de la santé mentale*, 2002
- RISSER-COLIGNON O. *Rapport d'activité*, novembre 2002.
- MILLEY J.R *Rapport du groupe de travail PRAPS Alsace sur la souffrance psychique : La clinique des lieux intermédiaires*, 2002
- FNARS région Alsace, *L'accès à la santé des personnes accueillies dans les CHRS du Bas-Rhin*, juillet 2000.

Programmes, plans et schémas

- Plan gouvernemental de santé mentale du 14 novembre 2001
- Programme national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale de juillet 2001
- Plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion du 25 mars 2003
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins Alsace 2000-2002
- Programme Départemental d'Insertion 2000-2002 du Bas-Rhin
- Programme Départemental d'Insertion 2003-2005 du Bas-Rhin
- Schéma Accueil, Hébergement, Insertion du Bas-Rhin, 2001
- Schémas Régional d'Organisation Sanitaire d'Alsace 1999-2004
- Schémas Régional d'Organisation Sanitaire Psychiatrie d'Alsace, 1998-2003
- Grand Projet Ville Strasbourg Neuhof, 2002

Colloques, journées d'étude

- Journée mondiale de la santé du 5 avril 2001.
- Colloque du Vinatier, *déqualification sociale et psychopathologie*, Lyon –Bron, octobre – novembre 1 994.
- Journée d'échange et de réflexion sur le thème de l'insertion et de la santé à Strasbourg, 17 octobre 2002.
- Journée régionale PRAPS d'Alsace, Colmar, 5 décembre 2001.
-

Ouvrages

- DHUME F., *RMI et psychiatrie : deux continents à la dérive ?*, L'Harmattan, 1997, 260 p.
- AIACH, DELANOE, *L'ère de la médicalisation*. Editions Anthropos, collection « sociologique », Paris 1998.
- JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, collection Dunod, Paris, 2000, 166p.
- CYRULNIK B. *Le murmure des fantômes*, Odile Jacob, janvier 2003.

Articles

- LAZARUS A. La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain, *Rhizome-Bulletin national santé mentale et précarité*, juillet 2001, p.1.
- MAISONDIEU J. Exclusion, psychiatrie et fraternité, *L'Information Psychiatrique* n°4, avril 1998.
- LEBAS J. La souffrance psychique : un paradigme écran ?, *Rhizome*, juillet 2001, p. 6.
- KESSAR Z. Regard critique sur les usages sociaux et politiques de la souffrance psychique, *Rhizome*, juillet 2001, p. 13.
- FURTOS J. Le malaise des psychiatres, la déchirure, *Rhizome* n°8, avril 2002, page 2.
- BOUGEROL T. La psychiatrie, une discipline médicale, *Rhizome* n°8, avril 2002.
- LECORPS P. Psychiatrie, santé mentale, santé publique, *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2003, pp 58-61.
- ROUSSET C. La psychiatrie à la frontière du sanitaire et du médico-social : entretien avec le Dr Gérard Masse, *IASS La Revue*, n°26, septembre 1999.

Divers

- Note sur « l'articulation de la psychiatrie et des dispositifs d'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion sociale » élaborée par un groupe de travail dans le cadre du PRAPS Alsace 2003-2006.
- Bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux de psychiatrie, ministère de l'emploi et de la solidarité, direction des hôpitaux, sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalière, octobre 1999.
- MAYER F. *Pathologie du travail précaire*, 1994, non publié.
- WERTENSCHLAG E. *Souffrance mentale, maladie psychiatrique et exclusion*, mémoire soutenu à l'université La Pitié Salpêtrière Paris dans le cadre du diplôme santé et précarité, 2001.
- Compte rendu de la réunion du 29 mars 2003 sur l'urgence médico-psycho-sociale à l'initiative de Mme Versini, préfecture de la région Midi-Pyrénées, Toulouse.

Sites internet

- www.sante.gouv.fr
- www.social.gouv.fr
- www.levinatier.fr

- www.pmsi.org
- www.ensp.fr
- www.cg67.fr
- www.dclass67.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Présentation du département du Bas-Rhin

ANNEXE 2 : Listing des professionnels rencontrés

ANNEXE 3 : Grilles d'entretien

ANNEXE 4 : Présentation du dispositif RMI dans le Bas-Rhin

ANNEXE 5 : Composition des équipes techniques santé des CLI

ANNEXE 6 : Le découpage en secteurs de psychiatrie du département du Bas-Rhin

ANNEXE 7 : Tableau des CHRS et des structures d'accueil et d'hébergement d'urgence du Bas-Rhin

ANNEXE 8 : Fiche de liaison entre les services instructeurs RMI et l'association RESI

ANNEXE 1 : Présentation du département du Bas-Rhin

La région Alsace comprend deux départements : le Bas-Rhin (67) et le Haut-Rhin (68).

Département le plus grand et le plus peuplé d'Alsace, le territoire du Bas-Rhin s'étend sur **4 755 km², au Nord de l'Alsace**. On y dénombre **1 026 120 habitants**. La densité de la population est forte, elle est de l'ordre de 215 hab/km².

Strasbourg est la plus grande agglomération du Bas-Rhin où vivent 264 115 habitants. La Communauté Urbaine de Strasbourg (CUS) compte 451 240 habitants.

Le Bas-Rhin est borné au Sud par le département du Haut-Rhin, et à l'Est par ceux de la Moselle, de la Meurthe et des Vosges. Il emprunte son nom de sa position sur la partie inférieure du Rhin, relativement à la portion du même fleuve qui baigne le département du Haut-Rhin.

Sur le plan économique, la situation de l'Alsace est plutôt favorable. En 2000, le PIB en euros courants par habitants est de 23 777 en Alsace, contre 23 497 en France.

La population active du Bas-Rhin est de 489 707 personnes. Le nombre de chômeurs, bien qu'en hausse depuis quelques années, reste relativement faible : 30 500 personnes en mai 2002 dans le Bas-Rhin.

ANNEXE 2 : Listing des professionnels rencontrés

Par ordre alphabétique :

Professionnels	Institution/ structure	fonction
Dr BAAS	Accueil Printemps	Médecin généraliste
M. BAAS	Accueil Printemps	Educateur spécialisé
Mme BOUR	CHRS La Cité Relais	infirmière
Dr DEBIONNE	DDASS du Bas-Rhin	MISP, médecin psychiatre référent à la DDASS 67, coordinateur régional du PRAPS
M. ERTZSCHEID	Ville de Strasbourg	Infirmier psychiatre, coordonnateur équipe précarité de la Ville
Mme GAGNERON	DDASS du Bas-Rhin	Inspecteur principal, chef du service de l'insertion et de la lutte contre les exclusions
Dr HACHIMI	RESI	Médecin généraliste
M. HEIMANN	CHRS La Cité Relais	Educateur spécialisé, chef de service
Mme HERBE	Association l'Atelier	Directrice du PADEP
Mme HUG	Conseil Général du Bas-Rhin	Chef du service de l'insertion et du logement
Mme JOURDAIN	Conseil Général du Bas-Rhin	Psychologue du dispositif RMI
M. KAUFMANN	CHRS La Cité Relais	Educateur spécialisé
M. LALLEMAND	Accueil Printemps	Directeur
M. LECORPS	ENSP	Sociologue, enseignant-chercheur à l'ENSP
Dr MAYER	RESI	Président du RESI, ancien médecin du travail
Mme MEDINA	CMP Robertsau, secteur 67 G 04	Infirmier psychiatre, membre de l'équipe précarité
M. MILLEY	Conseil Général du Bas-Rhin	Psychologue du dispositif RMI
Mme PUJAZON	DDASS du Bas-Rhin	Inspecteur principal, chef du service Accès aux Droits et Cohésion Sociale
Dr RISSER-COLIGNON	DRASS Alsace, et CLI de Strasbourg Campagne	Médecin psychiatre chargé de mission santé/ précarité
M. SAMMARTINO	Ville de Strasbourg	Coordinateur RMI, service insertion/ RMI de la ville de Strasbourg
M. SCHMITT	CHRS La Cité Relais	psychologue
Mme SENECHALE	CHRS La Cité Relais	Educatrice spécialisée
Mme STENGER	Conseil Général du Bas-Rhin	Animatrice départementale d'insertion

ANNEXE 3 : Grilles d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN DU CHAMP SOCIAL

- Pensez-vous qu'il y ait une spécificité des troubles de la santé mentale chez la population des bénéficiaires du RMI (ou des personnes accueillies en CHRS...) liée à leur situation de précarité ?
- Etes-vous fréquemment confrontés à des situations de souffrance psychique ?
- Comment identifiez-vous ces situations (signes extérieurs, éléments de repérage...) ?
- Quelle est selon vous l'origine de cette souffrance ?
- Comment prenez-vous en compte cette souffrance dans le parcours d'insertion de la personne ? Cette problématique est-elle prise en compte dans le projet d'établissement ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? Etes-vous en mesure d'y répondre ?
- Quelle réponse serait selon vous la plus adaptée ? Quel type de professionnel serait le plus compétent pour prendre en charge cette souffrance ? Quel serait alors votre rôle ?
- (*lorsqu'un professionnel de santé est présent au sein de la structure*) : quel est son rôle au sein de la structure ? Depuis quand est-il là ? Quelle est sa place dans l'équipe ? Le secret professionnel permet-il un travail d'équipe ? Son arrivée a-t-elle selon vous contribué à améliorer la prise en charge de la souffrance psychique ? Est-il un soutien pour vous ? Les relations avec les médecins et l'hôpital sont-elles facilitées du fait de sa présence ?
- Avez-vous l'habitude de travailler avec des partenaires médicaux externes à la structure ? Lesquels ? Rencontrez-vous des difficultés dans vos relations avec eux ? Comment pourrait-on à votre avis améliorer le partenariat ?

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES PARTENAIRES MEDICAUX

- Pensez-vous qu'il y ait une spécificité des troubles de la santé mentale chez la population des bénéficiaires du RMI (ou des personnes accueillies en CHRS...) liée à leur situation de précarité ?
- Qu'entendez-vous par « souffrance psychique » ? Définition, origines de cette souffrance, ses modes d'expression, qualification (mal-être, maladie mentale...)

- Dans quelle mesure intervenez-vous dans la prise en charge de cette souffrance ? Avez-vous les moyens de cette intervention ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrés ?
- Pensez-vous que la réponse médicale soit la plus adaptée ? Si non, qui doit/ peut le faire ?
- Comment articuler le respect du secret professionnel et le travail d'équipe ?

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

- La prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité a été posée comme une priorité locale. Qu'entend-on par souffrance psychique ? Pourquoi est-ce une priorité, sur quels constats est-ce fondé ?
- La souffrance psychique peut-elle être considérée comme un frein à la mise en œuvre des politiques d'insertion ?
- Quelles sont les actions menées au niveau du département ?
- Modalités de fonctionnement du partenariat inter-institutionnel ?
- Obstacles rencontrés ?
- Apport du PRAPS dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychique ?
- Implication de la psychiatrie publique ?

ANNEXE 4 : Présentation du dispositif RMI dans le Bas-Rhin

En décembre 2001, 11509 personnes étaient bénéficiaires du RMI dans le Bas-Rhin. La majorité des bénéficiaires est concentrée sur la ville de Strasbourg (66,8%). Quant à l'âge des allocataires⁵⁹, 2% ont moins de 25 ans, 17% ont entre 25 et 29 ans, 59% ont entre 30 et 49 ans, 22% ont plus de 50 ans. Depuis décembre 2000, le pourcentage d'allocataires de moins de 25 ans est en baisse constante, passant de 5,6% à 2%. Par contre les tranches d'âge supérieur à 50 ans sont en augmentation.

Le territoire du Bas-Rhin est découpé en 7 arrondissements, correspondant à 7 circonscriptions de CLI, de taille inégale.

	Nombre d'habitants	Nombre d'allocataires RMI	Taux de contractualisation
CLI de Haguenau	120 445	796	38%
CLI de Molsheim	89604	370	73%
CLI de Saverne	88 251	442	88%
CLI de Sélestat	134 907	620	88%
CLI de Strasbourg	264 115	8115	23%
CLI de Strasbourg-Campagne	264 424	1915	46%
CLI de Wissembourg	64 374	164	73%

(sources: Plans Locaux d'Insertion, au 31/12/1999)

Une étude du CREAMI d'Alsace sur les bénéficiaires du RMI depuis plus de cinq ans dans le Bas-Rhin en 2002 montre que 22% de ces contrats ont pour objet une prise en charge médicale ou psychologique.

⁵⁹ Source: chiffres de la CAF au 30/06/2002

Annexe 5 : composition des équipes techniques santé des CLI

	assistante sociale	animateur local d'insertion	psychologue	médecin psychiatre	médecin généraliste/ infirmière
CLI de Saverne	-assistantes sociales du CHS de Brumath, -assistante sociale de la CPAM	oui	un psychologue	praticiens du centre de cure ambulatoire en alcoologie	un médecin
équipe technique santé de la CLI de Haguenau	oui	oui	- psychologue RMI - psychologue du CCAA de Haguenau - psychologue d'une antenne toxicomanie	- un praticien hospitalier travaillant au service des urgences de l'hôpital de Haguenau	- un médecin du RESI
groupe technique santé de la CLI de Sélestat-Erstein	une assistante sociale spécialisée RMI une assistante sociale de la CPAM	oui	- psychologue du CCAA	- une psychiatre du CHS d'Erstein	
équipe technique santé de Wissembourg	-une assistante sociale de la CPAM, - une assistante sociale de la circonscription d'action sociale		psychologue RMI		une infirmière du CCAAT de Wissembourg
Pôle santé de la CLI de Strasbourg Campagne	assistantes sociales des services instructeurs	oui	psychologue RMI	psychiatre de la CLI	médecin(s) du RESI

ANNEXE 6 : Le découpage en secteurs de psychiatrie du département du Bas-Rhin

Dénomination des secteurs		Hôpital de rattachement	population
Outre-Forêt	67 G 01	EPSAN	86 227
Saverne	67 G 02	EPSAN	82 395
Haguenau	67 G 03	EPSAN	85 048
Strasbourg	67 G 04	EPSAN	80 936
Kochersberg	67 G 05	EPSAN	76 385
Molsheim	67 G 06	EPSAN	74 052
Schiltigheim	67 G 07	EPSAN	76 615
Strasbourg	67 G 08	EPSAN	
Strasbourg	67 G 09	HUS	
Strasbourg	67 G 10	CH d'Erstein	
Erstein	67 G 11	CH d'Erstein	86 421
Sélestat	67 G 12	CH d'Erstein	84 708

(Source: SROS psychiatrie Alsace 1998)

ANNEXE 7 : Tableau de CHRS et des structures d'accueil et d'hébergement d'urgence dans le département du Bas-Rhin

Etablissement	Association	Public accueilli	Typologie de l'hébergement et/ou de l'accueil
CHRS La Cité Relais <i>Strasbourg</i>	La Cité Relais	Personnes isolées	Chambres individuelles dans un collectif et 3 appartements, 35 places
CHRS Home Protestant <i>Strasbourg</i>	Le Home Protestant	Femmes seules ou avec enfants	Semi-collectivité avec petites unités de vie, 37 places
CHRS Foyer Millot <i>Strasbourg</i>	Horizon Amitié	Hommes seuls	En collectif, 27 places
CHRS Foyer Prechter <i>Strasbourg</i>	Horizon Amitié	Hommes seuls	24 places : 16 en collectif, et 8 appartements
CHRS Flora Tristan <i>Strasbourg</i>	SOS Femmes Solidarité	Femmes seules ou avec enfants	33 places : 15 en collectif et 8 appartements
CHRS La Maison d'Accueil <i>Strasbourg</i>	Entraide Le Relais	Personnes isolées, couples avec ou sans enfant	26 places : 6 en collectif, 14 appartements, 6 en familles d'accueil
CHRS Antenne Meinau <i>Strasbourg</i>	Antenne	Hommes seuls sous main de justice ou sortant de prison	6 appartements de 3 places dans 4 immeubles de la Cité
CHRS Service d'Accueil et de Réadaptation Sociale (SARS) <i>Strasbourg</i>	Horizon Amitié	Couples, familles	80 places, appartements éclatés (F4, F5, F6)
CHRS Abris Haguenau	Toit Haguenovien	Personnes isolées, familles	40 places : lits en collectif par chambres de 2/3 et appartements relais (1 studio, 4 F2, 2 F3)
CHRS CEFR <i>Strasbourg</i>	CEFR	Compatriotes ou couples binationaux désirant vivre en France	60 places, en appartements
CAHM, Le Bastion, La Silba : hébergement d'urgence <i>Strasbourg</i>		Hommes et femmes seuls	42 places, en dortoir
Accueil Printemps : accueil de jour <i>Strasbourg</i>	Horizon Amitié	Toutes personnes à la rue	De 30 à 100 personnes par jour



7 rue Sallierak
67000 STRASBOURG
☎ 03 88 24 53 37 fax 03 88 36 91 15
E-Mail : realisem@reseauinterventionniveaustandard.fr

RICIE DE LIASON

Adressé(e) par : Date :

Intervenant du RSI : Prénom :

Nom : Adresse :

CP : Ville :

☐ M ☐ F ☐ O ☐ A ☐ S ☐ D ☐ J ☐ F ☐ M ☐ A ☐ M ☐ J ☐ J ☐ S ☐ D

Denticière RMI : Oui Non COTOREP : Non Oui Cid

Profils compatibles

Profils non compatibles

Orientation professionnelle, formation

Orientation vers soins

Transport en commun – véhicule personnel

AVIS IMPORTANTS

La présente fiche de liaison répond à une demande de service formée par un organisme d'intervention, un instructeur RSI ou un autre intervenant.
Elle n'a pas de valeur juridique, ne rencontre cette page en aucun cas se substituer à l'acte d'apaisement ou d'urgence, ni le médecin de travail ou l'acte médical de la nuit, d'urgence.
La fiche de liaison, ainsi que la fiche de réponse, sont tenues au strict secret par le destinataire, sous enveloppe ouverte pour usage confidentiel à la fois.

Signature du bénéficiaire

Signature de l'intervenant du RSI