

Une souffrance qu'on ne peut plus cacher.

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL " VILLE, SANTÉ MENTALE, PRÉCARITÉ ET EXCLUSION SOCIALE "

FÉVRIER 1995

Président : Antoine Lazarus, professeur de santé publique.
Rapporteur général : Hélène Strohl, inspecteur à l'IGAS
Rapporteurs : Marguerite Arene, chargée de mission à la DIV,
Olivier Quérouil, chargé de mission à la DIRMI

DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA VILLE ET AU
DÉVELOPPEMENT SOCIAL URBAIN
DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE AU REVENU MINIMUM D'INSERTION

INTRODUCTION	Page 4
- 1 - CETTE SOUFFRANCE QU'ON NE PEUT PLUS CACHER	Page 11
- 1 - 1 - Le mal - être des intervenants	Page 11
- 1 - 2 - L'interpellation des spécialistes	Page 12
- 1 - 3 - Si ce n'est pas de la maladie, c'est une souffrance qui peut impliquer à terme un recours à des soins coûteux	Page 13
- 1 - 4 - Pourquoi cette souffrance ne peut laisser indifférents ni les dispositifs sociaux, ni les soignants	Page 18
- 1 - 5 - Un malaise qui n'est pas cantonné à la sphère de l'intervention sociale professionnelle	Page 19
- 2 - LA VOLONTÉ DE SAVOIR	Page 24
- 2 - 1 - La démarche scientifico - médicale	Page 24
- 2 - 2 - Une approche des symptômes de souffrance mentale tentant d'articuler les variables symptomatologiques et les variables sociologiques..	Page 29
- 2 - 3 - Les enseignements tirés de la pratique de soin et de soutien psychologique aux populations en situation d'exclusion	Page 32
- 2 - 4 - La question de la légitimité de la puissance publique à intervenir	Page 34
- 3 - IL N'EST PLUS URGENT D'ATTENDRE	Page 36
- 3 - 1 - Les enseignements à tirer des approches empiriques de la souffrance	Page 36
- 3 - 2 - Comment faire ?	Page 40

- 4 - RENFORCER LES INSTRUMENTS DE CONNAISSANCE POUR L'ACTION	Page 49
- 4 - 1 - Développer des recherches qualitatives qui permettent de renouveler les hypothèses	Page 50
- 4 - 2 - Coordonner et exploiter ces recherches en même temps que l'évaluation des expériences pratiques	Page 52
- 4 - 3 - Améliorer l'état des connaissances et la réflexion sur les effets déstabilisants des politiques sociales	Page 52
- CONCLUSION	Page 55
- ANNEXES	

INTRODUCTION

Dans un quartier très défavorisé du Nord, les enseignants de cours préparatoire se plaignent en réunion pédagogique des difficultés d'apprentissage des enfants. Ils estiment que, dans leur grande majorité, les enfants relèvent d'une prise en charge thérapeutique. Devant l'impossibilité matérielle de répondre à une telle demande, le Centre d'Aide Médico Sociale Précoce (CAMSP) accepte de tenter une expérience : pendant un trimestre, un psychomotricien participe pendant quelques heures par semaine à la classe et fait le point avec les enfants qui présentent des difficultés évidentes.

Au bout de ce trimestre, le psychomotricien rend compte de son expérience et de sa perplexité : trois enfants ont besoin d'un suivi en psychomotricité ; quant aux autres, il estime qu'ils n'ont pas de troubles, mais qu'ils manquent tout simplement de la pratique d'un langage qui leur soit adapté. "Invitez les parents à leur adresser la parole, recommande - t - il, ni l'enseignant, ni le thérapeute ne peuvent combler ce manque initial".

Les enseignants arrivent à faire passer le message aux parents et les progrès des enfants sont rapides. Pour les parents les plus en difficultés, le Centre social constitue un "atelier parents", avec l'aide du médecin de PMI, pour qu'ils puissent échanger entre eux sur leurs difficultés éducatives. Aucun acte thérapeutique ne fut nécessaire, mais le groupe de parole fonctionna pendant deux ans et certaines mères durent être initiées à des jeux élémentaires, comme les dominos, qui purent servir de support à leurs transactions avec les enfants. Ces mères avaient été souvent victimes elles - mêmes, de mauvais traitements dans leur enfance et avaient fait des passages plus ou moins longs à l'aide sociale à l'enfance.

Mourad F. est vu par un psychiatre à la consultation de Médecins du monde, après qu'il est venu consulter déjà trois fois depuis un mois en médecine générale pour

pharyngite, puis mal aux dents, puis douleurs musculaires. Il a demandé lui-même à rencontrer le psychiatre.

Il a vingt quatre ans, est sans domicile fixe, vit depuis trois mois en foyer. C'est un Algérien, venu en France il y a cinq mois pour travailler, il n'a ni permis de séjour, ni droits sociaux.

C'est le fils d'un couple algérien divorcé quand il avait deux ans, remariés avec autres enfants tous les deux, tous vivant maintenant en Algérie. Lui-même y a été élevé, à la campagne, de façon traditionnelle dit-il, par sa grand mère ; sa mort a déclenché sa fuite en France.

Il a un bon niveau scolaire, malgré son échec au bac, et s'il s'est senti moins anxieux pendant la période où il a travaillé en Algérie, son angoisse a repris en France. Il parle de lui de manière intelligente, mais péjorative, exprime sa peur de devenir clochard, supporte mal et son isolement et la vie en foyer.

Ses projets sont un peu flous, il voudrait rester en France et l'on ne sait quelle est la raison qui le fait fuir l'Algérie, et veut retrouver du travail, nécessairement alors clandestin.

Le psychiatre diagnostique : état anxio-dépressif sub aigu réactionnel chez une personnalité immature, fragilisée par un dysfonctionnement parental ancien et un deuil catastrophe récent, ayant déclenché un acting out. Menace de marginalisation complète. Il propose un suivi de soutien à la consultation de Médecins du monde et remet des médicaments symptomatiques (Stablon et Lysanxia).

Christian G a été adressé le 8 février 1994 à la consultation de MÉDECINS DU MONDE par le foyer Emmaüs où il est hébergé depuis quelques jours pour renouvellement et remise des médicaments qu'il prend depuis sa sortie, il y a quinze jours de l'hôpital de Soisy .C'est un français, célibataire de trente et un ans, sans domicile fixe depuis un an. Il dit être en instance d'obtenir le RMI et la carte Paris santé.

Il est sans ressource au moment de la consultation. Il a de bons souvenirs de son enfance, bien qu'il dise avoir été tiraillé entre ses parents en conflit, qui se sont séparés alors qu'il avait seize ans.

Son père, pour lequel il manifeste une grande admiration, aurait gravi peu à peu les échelons d'employé à cadre à l'hôtel Meurice, se serait laissé dépérir rapidement après son divorce et est mort d'un cancer à l'oesophage un an après.

Sa mère, qui avait obtenu le droit de garde, de lui et de son frère un peu plus jeune ne s'est pas bien entendu avec lui. Elle s'est remariée rapidement après le divorce avec un cambodgien, ex missionnaire laïque puis professeur de français. Mère et beau-père ont mal supporté la dépression qui a saisi le fils à la mort du père et encore moins le fait qu'il se soit drogué pendant deux ans : ils auraient porté plainte contre lui et il a été condamné à six mois de prison pour usage et trafic de drogue.

Il ne rencontre sa mère plus que rarement et "elle ne lui dit même pas bonjour".

Il a obtenu son CAP de mécanicien, a fait des petits boulots de manutentionnaire en intérim, à la Rochelle, puis s'est retrouvé au chômage. Il supportait mal l'isolement.

Il "a fait des histoires pas possibles", une première tentative de suicide, puis a été hospitalisé sur demande de sa mère à l'hôpital psychiatrique de la Rochelle où il serait resté trois mois et aurait fait trois tentatives de suicide.

Mis sous tutelle à la sortie, a revu deux fois le médecin en consultation, une admission en appartement thérapeutique a été envisagée et non réalisée et il a abandonné le traitement médicamenteux (Largactil et Haldol) parce qu'il ne supportait plus les effets secondaires, se sentait ensuqué et a énormément grossi.

Revenu à Montgeron, il y a rencontré un psychiatre. Puis il a été hospitalisé à Villeneuve St Georges pour une paraplégie qui après biopsie musculaire a donné lieu à indication de Largactil et de tranxène.

Sorti, sans domicile, démoralisé et abandonné il fait une nouvelle tentative de suicide et est transporté par les pompiers à Villeneuve St Georges, puis à Corbeil puis transféré à l'hôpital de Soisy sur Seine.

Il estime avoir eu là un traitement et une aide adéquats, veut assumer sa situation, a reçu une proposition de travail et envisage de revoir le psychiatre de Montgeron.

Le psychiatre diagnostique : "probable état limite ayant décompensé depuis dix ans de multiples façons, plus bruyamment depuis deux ans. Malgré le récent étayage, une marginalisation plus destructrice reste menaçante.

Un artisan avait passé plusieurs marchés avec l'administration ; celle-ci était longue à payer, mais ses fournisseurs à lui furent plus prompts à réclamer leur dû ; les huissiers sont venus et ont saisi tous ses biens, son outil de travail en particulier.

Il décida de conclure et partit sur un chemin de campagne, non loin du cimetière, pour en finir plus vite et épargner les efforts de ses survivants.

Il prétend que l'essence sans plomb délivre des gaz qui ne sont plus mortels ; peut-être est ce tout simplement le destin qui mit sur ce chemin un promeneur, grâce auquel il a été ramené à la vie. Il a obtenu le RMI et est envoyé, par l'assistante sociale en consultation psychiatrique, car il n'imagine toujours pas d'autre solution que la mort.

Le médecin hésite à lui donner des médicaments, est ce de la dépression ou du désespoir ? Heureusement, cet homme n'ayant pas les ressources nécessaires à l'achat des médicaments finalement prescrits retrouvera un travail et n'aura plus besoin de consulter. Le psychiatre se dit alors qu'il s'agissait bien, malgré son doute léger, de désespoir et non de dépression.

Un cadre est licencié ; tous les matins, il continue à prendre son train, à la même heure, et il rentre le soir chez lui, comme s'il revenait du travail ; quand ses allocations de chômage diminuent, il ne lui reste comme alternative que l'aveu ou la maladie ; il sera hospitalisé en clinique pour dépression.

On organise à la mission locale de Brest des stages "expression de soi, look" pour des jeunes en difficultés particulières ; ils se rendent peu à peu compte que l'image

que leur renvoient les autres n'est pas limitée à celle qu'ils ont d'eux, coupables de ne pas trouver d'emploi, nuls parce qu'ils ne sont pas encore entrés dans la vie active.

Il est d'usage de considérer que confier une question à un groupe de travail pour qu'il élabore un rapport d'analyse et de propositions est souvent une manière d'enterrer un sujet difficile ou que le politique considère comme sensible. Dans d'autres cas, devant les atermoiements de l'administration, quand les divers services concernés par un problème s'en renvoient indéfiniment la responsabilité, mettre en place une commission est un moyen de forcer la décision, de pousser la négociation et de mettre en place des instruments d'action réclamés depuis longtemps par les professionnels.

Pourtant la mise en place du groupe de travail appelé "Ville, santé mentale, précarité, exclusion" n'a obéi à aucune de ces deux stratégies.

C'est de la délégation interministérielle à la Ville et de la délégation interministérielle au RMI qu'est partie la demande de constitution de ce groupe, composé de représentants d'institutions concernées par l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques de la ville, du RMI, des politiques sociales transversales donc et de professionnels de la psychiatrie.(groupe présidé par Antoine Lazarus, rapporteur Hélène Strohl).

Ces deux administrations de mission étaient frappées en effet de la plainte remontant du terrain et qui mettait en relief les difficultés des politiques à l'oeuvre, politique d'insertion sociale individuelle, d'intégration des quartiers en difficulté, politiques d'accompagnement personnalisé et de développement social, dans lesquelles tous les professionnels se heurtaient à un problème mal identifié, mais pesant, perturbant, nouveau, celui de la souffrance, du mal être d'un nombre important des personnes dont ils étaient en charge. Ni les outils de diagnostic, ni ceux d'intervention psychiatriques classiques ne répondaient à l'attente des professionnels. S'agissait-il d'un problème de santé mentale, même si ce n'était pas de la maladie, d'un problème nouveau, spécifique, nécessitant de nouvelles formes d'intervention ?

Le titre du groupe, **Ville, santé mentale, précarité, exclusion** reflète les difficultés, en l'état actuel des connaissances et des pratiques à formuler ce problème, plus encore à travailler immédiatement sur des mesures tendant à le résoudre.

Le groupe, dont la composition figure en annexe n°3, s'est réuni six fois en séance plénière.

Deux réunions ont été consacrées à la discussion entre les membres du groupe, d'un point de vue institutionnel et d'un point de vue personnel de la problématique ; puis deux séances ont été consacrées à la connaissance des populations : soit au travers des enquêtes de santé mentale, larges ou restreintes, soit au travers de la clinique, soit au travers de recherches sociologiques ; une réunion a été consacrée aux pratiques actuelles en direction des personnes en situation de précarité, en zones urbaines et présentant des symptômes de difficultés psychologiques particulières : c'est le cas des jeunes qui a été choisi, au travers des expériences menées par des missions locales et par Point Jeunes. Une dernière séance a été consacrée au thème de la souffrance au travail. Le présent rapport a été discuté et amendé à deux moments, la deuxième fois, après discussion avec les directions de l'administration centrale concernées, la direction de l'Action sociale et la direction générale de la Santé.

Les différents directeurs d'administration concernés ont d'autre part suivi les travaux, par les compte rendus qui leur ont été envoyés tout au long des travaux.

Le délégué interministériel à la Ville et le délégué interministériel au RMI ont suivi les travaux, lancés à leur initiative.

Le présent rapport présente d'abord une synthèse des travaux du groupe . Dans une première partie on traite des symptômes du problème - Cette souffrance qui ne peut plus être cachée - ; puis des méthodes de connaissance, pour se poser la question de la place du savoir sur ce problème dans la prise de décision - la volonté de savoir - ; une troisième partie est consacrée aux propositions immédiates - Il est urgent de ne plus

attendre -; une dernière partie fait des propositions en matière de programme de recherche pour améliorer la connaissance de ce problème.

Ce rapport ne reflète pas un consensus ; tout d'abord parce que la composition du groupe, mêlant des représentants d'institutions locales et nationales, des administratifs et des élus, des professionnels du social et de la psychiatrie n'aurait pu prétendre en moins d'un an parvenir à un langage et des conceptions communes ; mais aussi parce qu'il a semblé au groupe que l'état actuel des travaux montrait qu'il y avait un problème, une nécessité d'agir, mais une impossibilité, voir un danger à figer le problème.

Il a donc paru préférable de rendre compte des positions les moins minoritaires et de faire figurer en annexe¹ les positions contraires, les réticences, les contre propositions.

Il apparaît en effet évident que personne n'est en mesure actuellement de dire avec certitude ce qui se passe, pourquoi et ce qu'il faut faire. Agir dans un contexte d'incertitude est souvent nécessaire, mais il faut veiller à la labilité des décisions qu'on prend et à leur évaluation continues. En ce sens, ce groupe devrait d'ailleurs continuer un travail plus approfondi de confrontation de ses propositions à leurs réalisations.

¹ Se reporter aux compte-rendus des séances réunis dans le volume 2

- 1 - CETTE SOUFFRANCE QU'ON NE PEUT PLUS CACHER.

- 1 - 1 - Le mal être des intervenants.

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.

Le mal être des intervenants peut se traduire par différents symptômes :

- dans les quartiers, l'incapacité à mobiliser les personnes, à faire émerger une demande sans un long travail préalable. Le constat que font les auteurs de la recherche action sur le quartier des Francs Moisins à Saint Denis, c'est que, d'une part, en dépit des sollicitations dont font l'objet les dispositifs psychiatriques, ce sont les médecins généralistes qui sont confrontés en première ligne à un certain nombre de clients qui soit ne présentent pas de troubles somatiques, soit des troubles récurrents sans cause organique, c'est d'autre part que dans ce lieu, le lien social est absent ou peu visible, délitement se traduisant dans les difficultés des personnes à se mobiliser, le manque d'énergie qui rendent tout projet de développement social urbain très aléatoire, sans un travail préalable qui vise à faire émerger la demande.

- dans les commissions locales d'insertion, ce mal - être se traduit soit par la récurrence des échecs, récurrence des échecs, vis à vis du travail mais aussi du logement, de la vie sociale et familiale, soit par l'incapacité de proposer, à une proportion notable des allocataires du RMI un contrat d'insertion, qui ne soit pas une injonction thérapeutique. Les intervenants s'interrogent sur la possibilité même d'établir une relation d'aide, voire une relation tout court, avec des personnes qui sont moins révoltées qu'effondrées.

- Dans la ZEP, les enseignants font état d'enfants affectivement profondément perturbés, pour qui l'apprentissage ne prend pas de sens : l'école est à la fois étrangère

et indistincte par rapport aux relations qu'ils ont dans leur famille et dans leur vie quotidienne.

- dans les missions locales, les accueillants parlent de surinvestissement ou de désengagement à l'égard de jeunes en grandes difficultés.

De tous ces endroits surgit une plainte, la mission assignée, qui il est vrai dépasse largement en ambition celle du traitement catégoriel des problèmes de populations spécifiques, semble trop ambitieuse ou les clients ne sont pas accessibles à ces outils du social.

- 1 - 2 - L'interpellation des spécialistes.

- Ces personnes, ces situations qui grippent le fonctionnement normal des dispositifs sociaux, il est tentant de les renvoyer, en préalable ou définitivement, à d'autres spécialistes. Certes, ils ne présentent pas de signes distinctifs de leur inaptitude définitive à l'emploi, de leur incapacité à mener une vie familiale normale, ce ne sont pas des personnes à interner, au contraire ils fuient plutôt ; de quelle maladie souffrent-ils ? Ce ne peut être que d'une pathologie mentale et c'est alors aux psychiatres du secteur public de les prendre en charge.

Pourtant, il ne s'agit pas que d'une mauvaise orientation, et ce n'est pas que mauvaise volonté des secteurs, s'ils ne veulent pas les prendre en charge, en se substituant aux intervenants sociaux.

Tout d'abord, ces personnes souffrent rarement et pas plus que la population générale de maladies mentales répertoriées. (cf. Enquête Kovess, citée en annexe)

D'autre part, et ceci même pour les plus démunis, une démarche de soins psychiatriques requiert une demande de l'utilisateur. Enfin, même si les équipes psychiatriques disposent de professionnels du social, c'est dans un objectif thérapeutique que ceux-ci travaillent et le secteur répond donc qu'il ne peut "débarrasser" les CLI, les missions locales, les quartiers de toutes les personnes qui ne

s'adaptent pas immédiatement aux dispositifs sociaux, de tous ceux qui gênent son bon fonctionnement ou restent imperméables à ses interventions.

Il faut noter néanmoins que cette incapacité de collaboration entre le secteur et les divers dispositifs sociaux, à propos de personnes pour qui serait demandée une intervention thérapeutique, est aussi due à la grande difficulté qu'a toujours eu le secteur à mettre en place une pratique de prévention. Conçu comme une alternative à l'hospitalisation, le secteur est dans son fonctionnement et dans le recrutement de ses usagers encore très hospitalocentriste. La sortie hors les murs institutionnels, dans des lieux non spécialisés n'est pas encore de pratique courante, ce qui contribue à renforcer l'impression des professionnels du social d'être laissés isolés face à des problèmes qu'ils ne maîtrisent pas.

- 1 - 3 - Si ce n'est pas de la maladie, c'est une souffrance qui peut impliquer à terme un recours à des actes de soins coûteux.

Il a été montré par les enquêtes de santé mentale des populations en situation de précarité que même lorsque les personnes présentent une symptomatologie identique à celle qui définit la pathologie mentale, très souvent elles ne nomment pas ainsi ces états (dépressions, phobies, angoisses et autres névroses), et en tout état de cause elles ont recours moins fréquemment au système de soins, spécialisé ou non pour les soigner.

Les études d'ethnopsychiatrie montrent bien d'ailleurs que la dépression, l'angoisse ou d'autres formes de souffrance sont des formes de représentation sociale d'un état qui peut dans d'autres cultures s'exprimer comme l'emprise de forces extérieures, l'envoûtement ou la communication avec des esprits.

D'autres formes d'expression de cette souffrance peuvent aussi être le combat politique, la révolte, la lutte contre une situation ressentie comme injuste.

Il ne serait donc pas exact de dire que tout effort accompli pour aider ces personnes à sortir de leur état de souffrance ou en tous cas pour mieux le maîtriser en l'exprimant serait une forme de prévention de la maladie mentale.

Par contre, il est clair que si l'on définit l'état de santé comme un état de bien être physique, psychique et social, tout effort d'amélioration du bien être des personnes peut être considéré comme un acte de santé, sans que ce soit forcément du soin ou de la prévention de la maladie. D'ailleurs, on constate, dans le système de santé, que le système de soins, notamment le secteur libéral est souvent utilisé dans un objectif d'amélioration du bien être physique ou mental qui n'est pas forcément de la prévention d'une maladie : c'est ainsi qu'outre les soins dits de confort, médicaments et actes paramédicaux, une des fonctions de consultation des médecins libéraux, notamment les médecins dits de famille s'apparente au soutien, au conseil, à une activité d'écoute, de lien social. Et dans notre système de santé, ni le professionnel, ni l'assuré n'ont à justifier de maladie existante ou prévisible pour que ce type de consommation soit prise en charge : la prestation d'un psychologue, médecin spécialisé ou généraliste est prise en charge, même s'il s'agit pour une personne d'affronter des difficultés existentielles ; des médicaments sont prescrits pour leurs effets symptomatologiques, même si ceux-ci ont une cause autre qu'une cause pathologique. (tristesse, deuil, ennui)

On peut donc dire que ce qu'on appelle le système de soins poursuit deux objectifs, la prévention et le soin de la maladie d'une part, et l'amélioration du bien être d'autre part et qu'il est difficile, voire impossible d'isoler ces deux fonctions. Ceci a une conséquence en termes méthodologiques : d'une part ce qu'on appelle santé n'est pas déterminé que par le facteur soins, certains spécialistes se risquent même à chiffrer la part du soin dans l'état de santé des populations, dans une fourchette variant de 12 à 20 % des déterminants de la santé ; d'autres actions notamment celles visant l'environnement, les conditions de vie etc. sont d'importance. D'autre part il y a une certaine possibilité de substitution entre actions de santé, voir de soins et autres types

d'action : la psychothérapie effectuée par un psychiatre ou par un psychologue ou par un chaman, la relaxation médicalisée ou au Vita Top, la cure ou les vacances etc.

Par contre les populations démunies ont une utilisation du système de soins plus restrictive et n'accèdent pas forcément à des activités ou des modes de vie leur permettant d'améliorer leur bien être ; au contraire il y a comme une interaction entre ce mal être et leurs conditions de vie, notamment parce que l'effort demandé aux personnes pour s'insérer est en général bien supérieur que celui qui est demandé aux personnes bien intégrées socialement : l'effort d'accès à un monde du travail qui n'est pas a priori un facteur d'épanouissement personnel, la gestion de budgets familiaux très serrés, l'éducation d'enfants quand on ne dispose ni d'un espace, ni d'activités adaptées, la confrontation avec un monde aux règles différentes de la culture dans laquelle avaient été élevées ces personnes, notamment le soutien de la communauté de travail qui était constitutive de la culture ouvrière, et aussi la complexité des procédures administratives, d'accès aux droits pour des personnes en situation d'instabilité ou de précarité. A ces difficultés liées aux changements des conditions de vie et notamment de travail s'ajoute souvent une difficulté supplémentaire née de l'effort d'insertion développé par les dispositifs sociaux : tout se passe comme des démarches complexes comme celle du contrat, du projet (d'emploi, de formation, de vie) étaient requises essentiellement des personnes les plus marginales. Or quand le contrat n'implique plus un engagement réciproque, celui de l'ensemble du corps social d'offrir une place d'insertion, celui du cocontractant de faire un effort pour parvenir à tenir cette place, mais que le contrat se réduit à une injonction paradoxale à atteindre ce que la société n'est pas en mesure d'offrir, un emploi pour tous ceux qui veulent travailler, un logement pour tous ceux qui acceptent de le payer selon leur capacité, un effort de formation adapté aux capacités et aux besoins des usagers, il devient un instrument d'éviction plus que d'insertion. Paradoxalement ce sont les jeunes qui ont le moins de possibilités de choix, de formation, de métier, de mode de vie qui sont sommés de construire un projet de formation et de s'y tenir. L'ensemble de ces contraintes renforce le malaise des populations les plus démunies. A un certain degré de mal être, celui-ci se manifestera

sous une forme qui peut amener soit à une utilisation de soins coûteux, soit à un coût social qu'une action en amont aurait pu diminuer : on peut prendre divers exemples : la tentative de suicide n'est pas toujours la conséquence d'une pathologie mentale, maladie, dépression, mais elle peut être la conséquence de conditions de vie personnelles ou sociales que l'individu ressent comme insupportables. La prévention du suicide ou des tentatives de suicide n'est donc pas forcément de la prévention de la maladie mentale, mais celle du recours à des soins coûteux (réanimation, réparation) ; la nébuleuse des pathologies "psychosomatiques" qui n'a pas forcément une cause identifiable en termes de pathologie mentale, n'empêche que le recours répétitif pour des affections somatiques sans cause organique au système de soins est une des expressions les plus courantes du mal être social. On peut estimer que par le double phénomène d'une accessibilité aux soins conventionnés renforcée pour les personnes à bas revenu et d'une préférence culturelle pour l'expression de la souffrance sous forme somatique plutôt que psychologique, l'angoisse des pauvres se traduit par un recours accru au généraliste ou à l'hôpital, quand celle des riches implique une surconsommation d'antidépresseurs et autres tranquillisants ou d'analystes et autres thérapeutes ; la violence intra familiale n'est pas non plus un symptôme de maladie mentale, mais un soutien apporté à des personnes qui de par leur histoire personnelle et leurs conditions de vie sont sujettes à des actes de violence relève de la prévention d'un coût social important . Le mal être des adultes a sûrement un effet sur l'échec scolaire de leurs enfants, et la liste est longue des conduites d'expression d'un fort mal être qui ont des répercussions en renforçant la désinsertion des individus et la dégradation de leur environnement proche.

Pour un meilleur fonctionnement du système de soins, il est donc nécessaire de dépasser la santé dans son acception classique de réparation et de prévention de la maladie et de considérer que certaines formes de mal être, qui ne sont pas de la maladie mentale, qui n'y conduisent pas forcément, peuvent entraîner un recours à des actes de soins ; parallèlement, il faut considérer que le volet santé d'un certain nombre de

dispositifs sociaux mérite d'être renforcé, à condition que l'on entende par santé une amélioration du bien être physique et psychique voire social.

A ce titre, la notion d'insertion, si on ne la limite pas à l'insertion professionnelle, évoque bien cet effort pour améliorer les conditions de vie, amélioration qui ,contribue elle même à celle de la santé des populations en situation de précarité.

- 1 - 4 - Pourquoi cette souffrance ne peut laisser indifférents ni les dispositifs sociaux, ni les soignants.

Cette souffrance, parce qu'elle traduit et / ou génère une incapacité à s'adapter à l'offre sociale doit être prise en compte de manière spécifique dans les dispositifs sociaux : par une adaptation de l'offre d'insertion, des formes de développement social, des accueils et des orientations, mais aussi un soutien des professionnels de première ligne, confrontés de manière très soudaine, sans histoire de la profession, à des situations nouvelles et désespérées. Non que le RMI ou les politiques transversales aient créé ces populations, ni même que toutes aient été jusque là inconnues des services sociaux, mais bien parce que l'objectif, global, sur un long terme, avec une quasi obligation de résultat est de nature très différente du travail social jusque là cantonné dans le traitement de problèmes et non de personnes. Jusque là, comme les médecins, les travailleurs sociaux pouvaient ne pas considérer la personne en son entier, dans sa famille, dans son environnement et ainsi accumuler des réussites et des échecs partiels ; par la mise en place de politiques transversales, ils sont sans cesse renvoyés à une vision complète des effets de leur travail et celui-ci se transforme en rocher de Sysiphe.

Pour les soignants, jusque là habitués à scruter leur seule file active, ils vont être sollicités non seulement par les professionnels du social, mais par les usagers, dans des conditions bien plus difficiles que la seule prévention. Là encore, il est urgent d'élargir l'ambition pratique du secteur public psychiatrique.

Mais une chose est d'entendre, une autre de savoir de quoi il s'agit et comment agir. Les symptômes actuels qui sont repérés, la fatigue, l'échec, le manque d'énergie, la honte, la dénégation, l'absence de liens sociaux etc. relèvent-ils des caractéristiques pathologiques des individus, sont-ils simplement un signe de l'impuissance des dispositifs sociaux à agir sur les conditions de vie des quartiers, des populations en

difficultés durables, et doivent-ils être traités de manière spécifique ou avec une meilleure collaboration des professionnels des différents horizons ?

- 1 - 5 - Un malaise qui n'est pas cantonné à la sphère de l'intervention sociale professionnelle.

Bien sûr, comme on l'a exposé, ce sont les professionnels du social et en premier lieu les travailleurs sociaux chargés de l'accueil des personnes les plus démunies, très désinsérées, qui ressentent le plus ces phénomènes de souffrance psychique. Mais le problème dépasse largement dans ses manifestations et dans ses conséquences les commissions locales d'insertion, les centres d'hébergement et de réadaptation spécialisés, tout le dispositif qui a été mis en place depuis une quinzaine d'années pour traiter de l'exclusion. La souffrance psychique, cause et conséquence d'un environnement social très dégradé se manifeste par une série de dysfonctionnements au niveau de l'ensemble de la cité ; elle nécessite en cela une approche globale, qui ne sera pas simplement un traitement des symptômes individuels les plus aigus.

Bien que le groupe ait décidé de ne pas traiter directement des problèmes posés par la toxicomanie, il importe au moins de resituer ces conduites dans l'ensemble des comportements qui expriment et renforcent la souffrance psychique.

Ce n'est pas tant l'accroissement du commerce de drogues illicites qui est visé (accroissement qu'on aurait d'ailleurs du mal à mesurer, puisqu'on ne connaît que celui des saisies et des interpellations) qu'une massification et une banalisation de la consommation de toxiques, que ce soient des produits illicites ou licites.

Bien sûr, l'image de la banlieue devenue une favella, contrôlée par les trafiquants de drogue qui auraient substitué leur loi et leur police à celles de la république appartient plus au journalisme de sensation qu'à l'observation. Mais l'augmentation de la

polytoxicomanie, le recours à des mélanges de produits licites (alcool et psychotropes), la facilité de l'argent procuré par le petit trafic comparée à la galère des mesures d'emploi et de formation proposées aux jeunes peuvent témoigner de la diffusion de ce malaise dans des environnements sociaux très dégradés.

L'alcoolisme aussi, notamment quand la consommation d'alcool se fait dans l'isolement et la honte témoignent de ce même décrochage du lien social. Si l'on prend en compte ces phénomènes de toxicomanies, c'est donc moins pour traiter de la prévention, du soin et de l'accompagnement des toxicomanes, que pour alerter sur un ensemble de conditions de vie qui ne laissent comme seul horizon que le produit, sa consommation, son trafic.

Mais il faut resituer ces comportements toxicomaniaques dans un ensemble de données, qui empêchent de toutes façons les jeunes d'accéder à l'autonomie, par absence de solutions de logement, de revenu, de formation, d'emploi etc. Un membre du groupe, médecin dans un centre de santé exposait ainsi le parcours de certains toxicomanes : la consommation, encore relativement maîtrisée de drogues douces était ostensible jusqu'à provoquer l'interpellation et la prison, en hiver, quand il n'y avait plus de possibilité de logement ; l'environnement carcéral et la facilité de s'y procurer des produits plus durs aggravaient le tableau de sortie.

La sollicitation des médecins généralistes de répondre à des appels ou des consultations où s'exprime essentiellement l'angoisse, la solitude, le sentiment d'être dépassé par ses responsabilités (le cas des mères isolées) est difficile à mesurer dans les enquêtes sur l'état de santé et pourtant si la surconsommation de psychotropes n'est pas, il s'en faut, l'apanage des milieux démunis, elle reste souvent la seule manifestation de cette souffrance existentielle, de cette impossibilité de supporter une vie de chien.

De même, le groupe ne s'est pas occupé directement de la violence et des comportements délictueux. Bien sûr, il y a dans les jeunes suivis par le juge des enfants, un certain nombre d'entre eux qui par la récurrence des mêmes comportements, leur tendance à transformer en échec toute solution de vie proposée, leur refus de toute institution amènent ceux - ci à alerter de la même façon que les travailleurs sociaux, les

instances en charge de la psychiatrie, sommées de trouver une solution autre que purement répressive à ces "cas lourds". Mais l'essentiel du malaise que nous visons, s'exprime plutôt par la micro violence au jour le jour, la répétition de la petite délinquance qui rend la vie impossible dans certains quartiers, la répétition d'actes d'incivilité, tels la dégradation des équipements publics, l'agression verbale voir physique systématique, le vol dans les petits commerces qui fait fermer boutique aux petits commerçants, malgré une politique déjà ancienne d'aide à l'installation de magasins dans ces zones. C'est une atmosphère d'insécurité plus qu'un vrai danger, à l'américaine, mais quand les espaces publics ne semblent plus sûrs, ils se désertifient et deviennent d'autant plus insécurisants.

Le fonctionnement de l'école aussi, au - delà de la reproduction de l'échec scolaire, traduit ce malaise collectif: l'absentéisme systématique de certains enfants dont les parents ne sont pas mobilisés par le système, le vol et le racket (qui là encore ne sont pas l'apanage des lycées de banlieue, même les grands lycées parisiens conseillent à leurs élèves de ne pas quitter des yeux leur cartable et leur blouson, car le vol, particulièrement à l'adolescence n'est pas la caractéristique exclusive des classes dangereuses). Mais quand l'école devient avant tout le lieu de l'échec et de la souffrance qu'il cause, de l'ennui, de l'expression agressive, quand les personnels et les usagers s'y sentent mal, quand en plus l'école se barricade, car à tort ou à raison, elle ressent l'environnement comme dangereux, les autres comme des intrus potentiels, elle ne peut plus jouer son rôle d'intégration.

Bien sûr, il faut noter aussi dans ce panorama un peu rapide des signes du malaise, les problèmes spécifiques posés par certaines populations, dont le groupe n'a pas traité spécifiquement, mais qu'il a évoquées de façon récurrente.

Quand on traite de la santé mentale et de la précarité, il faut mentionner le problème spécifique des anciens malades mentaux et de la difficulté de leur insertion sociale. L'avis du groupe a été unanime pour refuser de remettre en question la politique suivie avec succès depuis bientôt trente ans de déshospitalisation. La France ne connaît en rien une situation à l'italienne, les structures extra hospitalières existent et

fonctionnent, l'attribution de l'allocation pour adultes handicapés a permis à de nombreux malades chroniques de ne pas passer toute leur vie en hôpital ; mais, il faut constater que l'on a aussi retrouvé chez les allocataires du RMI d'anciens malades mentaux, plus assez malades pour bénéficier d'une prise en charge psychiatrique ou même de l'AAH, mais trop fragiles ou fragilisés pour réussir le parcours sans faute que requiert une insertion dans l'emploi, le logement etc.

Il faut noter aussi le problème particulier posé par les malades mentaux qui ne sont pas assez stables pour être suivis en milieu ouvert par une même équipe, problème des grandes villes et de leur banlieue essentiellement, problème de quelques errants plus accessoirement.

Mais, il serait faux de dire que les allocataires du RMI ou les personnes en situation de précarité qui manifestent une grande souffrance psychique, une incapacité à s'adapter aux codes et usages sociaux, fût - ce ceux des professionnels du social sont majoritairement des malades mentaux ou d'anciens malades. Les grandes maladies mentales sont souvent détectées plus tôt, prises en charge de manière spécialisée et ne sont pas une caractéristique spécifique des pauvres.

De même, le problème de la souffrance psychique, de l'incapacité à s'insérer selon les normes requises n'est - il pas spécifique aux plus désinsérés des exclus, les personnes sans résidence stable et plus particulièrement encore les sans domicile fixe. Certes la prise en charge de ceux - ci requiert une approche particulière, notamment quand il s'agit de personnes qu'on pourrait nommer sans domicile fixe structurels, les clochards que l'on connaissait même avant la crise, qu'on connaîtrait peut - être même si l'offre de logements n'était pas si restrictive. Par contre, il faut reconnaître qu' hormis quelques contributions particulières ², le groupe n'a pas traité ce problème particulier. Or, il s'agit bien de personnes que le secteur dans son fonctionnement courant et le système psychiatrique dans son ensemble ont du mal à prendre en compte. Mais, là

² Cf. notamment en annexe "Exclusion et libre accès aux soins" Jean Pierre Martin, médecin chef premier secteur. Centre d'accueil et de crise 86- 90 rue N-D de Nazareth 75003 Paris.

encore, il faut noter que le problème qu'on essaie de cerner est à la fois bien plus large et bien plus diffus.

C'est parce que la souffrance psychique dont on parle dans ce rapport est plus souvent cachée qu'exprimée explicitement, parce qu'elle se traduit plus dans une incapacité des institutions communes à accueillir ces personnes et par la difficulté de celles - ci à y trouver une place qu'il faut parler aussi de la dimension politique de ce problème. Ce n'est pas un hasard si ce travail a été initié conjointement par le délégué au RMI et le délégué à la Ville : ce dont traite au fond essentiellement la politique de la Ville, c'est bien de la rupture ou du délitement du lien social dans certaines configurations urbaines, c'est bien de la difficulté du vivre ensemble exacerbée dans certaines parties du territoire.

Quand les espaces publics deviennent d'abord des lieux d'insécurité, quand les rapports inter humains fonctionnent d'abord sur le fantasme de l'agression, quand il n'y a pas d'espace temps de parole commune, ni celui du travail (parce que la communauté de travail elle aussi s'est délitée³), ni celui de l'école, ni celui des actes de la vie quotidienne (magasins, bistrot, laverie etc.), c'est l'existence même de la cité toute entière qui est menacée. Et s'intéresser à cette souffrance, à ce malaise, c'est certes se pencher sur un symptôme particulier, mais c'est aussi adopter une vision autre, moins économiciste, moins productiviste de ce que l'on nomme crise.

³, cf. compte rendu n°6, sur les conditions de travail et la souffrance psychique. On pourra lire également :
A. THÉBAUD-MONY "La précarité moderne" in la revue *Ploitis* ; avril, mai, juin 1994. "Atteintes à la santé et exclusion professionnelle. Une enquête auprès de 86 femmes en chômage de longue durée", in la revue *Travail et emploi* no 56- 1993.
CH. REVUZ "Écouter les chômeurs pour comprendre le rapport au travail ? " in la revue *Éducation permanente* no 117/1993- 4

- 2 - LA VOLONTÉ DE SAVOIR.

La question qui peut se poser est celle du langage utilisé pour décrire et permettre à cette souffrance de s'exprimer; on peut distinguer plusieurs approches dans le groupe : une approche d'épidémiologie quantitative qui vise à utiliser des indicateurs psychiatriques, nosographiques ou symptomatiques pour caractériser cette souffrance et évaluer les divers modes de traitement ; une démarche pluridisciplinaire qui tenterait toujours de construire des indicateurs, mais en mettant au travail ensemble différentes disciplines. Une démarche purement empirique qui considérerait que la qualification de la souffrance dépend du mode de représentation sociale, qu'il n'y a pas de qualification "objective, transcendante aux populations de cette souffrance". On est alors renvoyé à un mode d'intervention qui privilégiera l'action par rapport à la connaissance a priori. Ces trois modes de connaissance ont été entendus successivement dans le groupe et confrontés les uns aux autres.

- 2 - 1- La démarche d'épidémiologie quantitative.

- Ses présupposés théoriques :

Quand on traite de la souffrance des populations en situation d'exclusion, on doit d'abord définir un cas. Comme pour toute démarche d'épidémiologie psychiatrique. Pour ce faire deux méthodes sont applicables : soit celle des définitions de la maladie mentale, on est malade ou non, définitions qui inscrivent les populations sur un discontinuum, soit celle des définitions de santé mentale : on inscrit les réponses des personnes à un certain nombre de question sur une échelle soit de santé mentale positive, soit de santé mentale négative. Ces deux démarches représentent deux courbes qui sont orthogonales (elles ne se recouvrent pas, les réponses à l'un des questionnaires ne sont pas nécessairement corrélées à celles de l'autre, les variables peuvent être

indépendantes). Dans ce type d'enquête, on utilise en ce qui concerne la maladie mentale les indicateurs élaborés par le DSM 3 R, ou la classification internationale des maladies, version 10, à terme la même chose. En ce qui concerne la santé mentale, il y a plusieurs outils issus plutôt des sciences sociales et de la psychologie et qui pondèrent les symptômes sur des échelles. A terme de toutes façons, cette démarche aussi vise à établir un diagnostic, qui légitime soit une intervention médicale, soit une intervention sociale.

Les praticiens de ces types d'enquêtes, telles qu'elles ont été présentées au groupe par P. TOUBIANA et V. KOVESS⁴ considèrent en général comme une donnée objective, dans toutes les situations sociales et familiales, la liaison d'un certain nombre de symptômes de santé mentale avec des pathologies mentales, type dépression, majeure ou légère, phobie, angoisse.

On peut cependant considérer que cette partie diagnostic n'est pas forcément évidente, qu'elle résulte d'une conception de la santé mentale (et de la maladie mentale) qui occulte en grande partie les variables sociales ou en tous cas les restreint à la description des variables statiques (et statistiques) classiques : situation familiale, classifications socio-professionnelles etc.

Ce débat n'est pas que théorique, il renvoie à des différences fondamentales dans l'intervention : soit il s'agit essentiellement de faire accéder les personnes qui souffrent à un dispositif de soins individuels, soit on considère que ces symptômes traduisent d'abord une souffrance existentielle, un mal de vivre, dans un contexte social, environnemental et alors on ne peut plus faire confiance ni au seul dispositif de soins, ni au seul dispositif d'insertion sociale d'ailleurs.

⁴ P. TOUBIANA, Y. OBADIA, C. CHANUT, M. ROTILY, R. SANGIOLO: "L'état de santé des bénéficiaires du RMI dans les Bouches du Rhône : enquête sur la morbidité déclarée". Observatoire régional de la santé de la région Provence, Alpes, Côte d'Azur. 19. 08. 1993.

V. KOVESS (MGEN), S. GYSENS (DASES, mairie de Paris), R. POINSARD (DASES, mairie de Paris), E. TEYSSIER (DASES, mairie de Paris), P. F. CHANOIT (MGEN) : "Une enquête de santé mentale : l'enquête santé des franciliens. Présentation générale et application à un groupe de personnes ayant le RMI " compare les réponses à un questionnaire de santé mentale de la population générale d'Île de France et des allocataires du RMI de la Ville de Paris)

Il y a bien là une alternative, qui conduit à des dispositifs d'intervention différents selon que l'on assimile toute souffrance existentielle à une pathologie mentale (même si ce n'est pas une maladie mentale répertoriée, une psychose) ou que l'on considère que la souffrance existentielle renvoie à la fois à des difficultés psychologiques personnelles sur lesquelles il est possible d'aider les personnes, mais aussi à un environnement immédiat sur lequel il est possible d'agir, voire à un contexte social global qu'il faut remettre en question.

Ce questionnement reste sans réponse, le groupe n'a pas tranché, la question a été évoquée, des prises de position différentes ont été prises, restent de toutes façons les acquis de ce type d'enquête qui décrivent des symptômes de souffrance forts chez des populations en situation de précarité - pauvreté - que l'on renvoie ces symptômes à une pathologie mentale ou non.

Par exemple on constate⁵ que les hommes allocataires du RMI parisiens présentent des symptômes, qui peuvent être considérés ou non selon les conceptions, comme dépressifs ou désespérés selon des fréquences nettement plus fortes que celles que l'on observe dans la population générale parisienne. (18,5 % des symptômes dits de dépression majeure, soit tous les symptômes pendant une durée supérieure à quinze jours contre 2,75 % dans la population générale parisienne) ; Il en est de même des femmes, 23 % contre 14,5 %. Enfin on peut, toujours selon cette enquête considérer que 21,5 % des allocataires du RMI ont connu un épisode de "dépression sévère" dans les cinq ans passés.

Cette enquête note une fréquence nettement plus élevée de tous les symptômes rattachés à une pathologie mentale sévère (dépression majeure, forte angoisse, phobie etc.) pour les allocataires du RMI, une fréquence sensiblement égale à celle observée dans la population générale pour les symptômes rattachés à une pathologie mentale légère. Par contre, cette enquête note que la perception de ces symptômes n'est pas rapportée, le plus souvent, par les allocataires du RMI à des troubles mentaux. Cette donnée est explorée à partir de la fréquence du recours aux soins dont on constate

⁵cf. article de Viviane Kovess *op cit.*

qu'elle est beaucoup plus faible chez les allocataires du RMI que dans le reste de la population et encore plus faible si on la rapporte à une population, très différente, stable professionnellement, sans inquiétude de chômage, classe moyenne, la population de la mutuelle générale de l'éducation nationale. On constate dans ces deux groupes de population une attitude par rapport à la symptomatologie de détresse psychologique inverse : alors qu'un allocataire du RMI sur deux, qui présente des symptômes de "dépression" n'a même pas consulté son généraliste, 30% des mutualistes interrogés disent souffrir de dépression, alors qu'ils présentent moins souvent cette symptomatologie que la population générale.

Enfin cette enquête montre aussi que si l'on s'intéresse non plus seulement à la symptomatologie de la souffrance psychique, mais aux indicateurs décrivant des pathologies mentales lourdes, type psychoses, leur fréquence chez les allocataires du RMI de Paris, n'est pas significativement plus élevée que dans la population générale.

Les conclusions provisoires de cette enquête (comme de celles plus ou moins équivalentes sur le fond, même si les méthodes et les moyens de traitement différent, comme l'étude citée de l'ORS PACA) pourraient être les suivantes :

- une proportion notable d'allocataires du RMI, en zone urbaine présentent des symptômes de détresse psychique sévère, dont pour l'instant, personne ne sait, si ils doivent être rapportés essentiellement à un mauvais état de santé mentale, voire une maladie psychiatrique soignable en tant que telle ou s'ils traduisent un mal être important, que seul le changement de leurs conditions de vie est susceptible d'améliorer.

- les difficultés rencontrées par les intervenants sociaux lors de leur travail avec ces populations ne peuvent être assimilées à une mauvaise orientation et une mauvaise prise en charge par le secteur psychiatrique de ces populations si l'on réduit, provisoirement le rôle du secteur, à la prise en charge des malades mentaux ; en effet il n'y a pas plus de malades mentaux (au sens classique du terme) chez les allocataires du RMI que dans la population générale.

- Le comportement le plus fréquent des allocataires du RMI n'est pas de faire prendre en charge cette souffrance par le système médical : en effet ils ne considèrent

pas que ces symptômes décrivent une maladie psychiatrique ni même qu'ils relèvent du médecin généraliste. Cette absence de demande, tant l'état de souffrance est vécu comme permanent et inévitable, pose à l'évidence problème pour les praticiens.

- Néanmoins ces symptômes, qu'ils soient ou non révélateurs de dépression majeure, de phobie, d'angoisse, ou d'une réaction "normale" à la vie de chien qui est la leur, perturbent et indisposent le système d'intervention sociale, d'une façon très voisine à celle qui peut être décrite dans l'interaction entre des personnes souffrant de pathologie mentale et ceux qui sont sommés de "s'occuper" d'eux. La honte, ou l'agressivité, le manque d'énergie, les conduites d'échec à répétition sont ressenties par beaucoup d'intervenants sociaux non pas comme les scories du système lui-même, mais comme intrinsèques à la personnalité des personnes prises en charge.

- En termes d'intervention publique, on peut donc conclure de cette enquête qu'il est nécessaire de réfléchir à des solutions qui permettent aux intervenants sociaux d'être aidés dans la prise en charge qu'ils effectuent, sauf à tendre à ce que imperceptiblement, de par l'effet de l'évolution des personnes vers une dégradation de leur santé psychique⁶ le système implose.

⁶ Notamment dès lors que leur désespoir aura été confronté pour la première fois, pour nombre d'entre eux à l'espoir d'une solution qui se révélera ensuite un échec. On a dit en introduction que le RMI par exemple ou les politiques sociales transversales avaient révélé une souffrance ; on pourrait aussi émettre l'hypothèse d'un espoir d'insertion déçu, le RMI comme les politiques de la Ville ne se sont pas révélés immédiatement aussi efficaces qu'ils le laissaient espérer à leurs concepteurs, mais aussi aux professionnels et surtout aux usagers. Tout se passe comme si, d'avoir agité sur la place publique un leurre se retournait maintenant contre le dispositif social lui-même, mais aussi, par un cruel retour des choses, contre ceux qu'on a considérés comme des pions, tant d'allocataires à insérer, sans poser de vraies questions sur la capacité d'insertion de la société, qui eux paient dans leur existence cette déception.

- 2 - 2 - Une approche des symptômes de souffrance mentale tentant d'articuler les variables symptomatologiques et les variables sociologiques.

Plusieurs enquêtes de ce type ont été présentées au groupe : d'une part les travaux effectués sur l'enquête santé décennale de l'INSEE qui tentent de rapporter aux conditions de vie des personnes les variables à la fois symptomatologiques et celles concernant la consommation de soins .

D'autre part des enquêtes qualitatives pures, tentant de décrire les souffrances particulières des populations vivant dans des zones d'exclusion, notamment les quartiers en difficultés.

Ces deux démarches diffèrent, dans la mesure où dans la deuxième méthode, les indicateurs ne sont pas appliqués a priori, mais construits à partir d'une enquête qualitative auprès des personnes. Elles convergent dans la mesure où, au moins au départ, l'entrée santé était privilégiée, notamment dans l'objectif qui est de fournir un appareil de soins plus performant à ces populations, plus performant au sens de mieux adapté à leurs besoins et leurs demandes, mais appareil de soins.

De fait on se rend compte que les premières tentatives qui visent à "enrichir" une enquête santé par des retours sur la partie "lien social" des personnes s'avèrent d'effectuation très complexe. Il est sans doute difficile d'isoler dans ces recherches les différentes variables, qui ont forcément une interaction ; il est encore plus difficile de faire des comparaisons statistiques d'indicateurs aussi complexes que ceux que l'on construirait pour décrire à la fois l'état psychique des personnes et le lien social, qui lui même prend des formes différentes selon les milieux de vie.

On constate plutôt qu'en fait une partie de la symptomatologie psychique se décrit comme une défaillance du lien social, une difficulté à le nouer, le maintenir ou le restaurer sinon dans des formes souvent non acceptées socialement.

Les termes employés dans ces études⁷, la honte, la perte d'estime de soi, le désengagement des relations avec les autres, le désinvestissement de la sphère publique, la perte d'énergie, la fatigue sont en effet plus riches que les termes employés dans les enquêtes sur la santé mentale telle que décrites dans la partie précédente. Ils renvoient non seulement au sentiment du sujet, à son comportement individuel (tristesse, insomnie, envies suicidaires etc.) mais à la manière dont il se ressent par rapport aux autres, voire à ce qu'il ressent des réactions réelles et imaginaires des autres : la honte par exemple décrit bien une vision de soi par rapport aux autres alors que la culpabilité reste centrée sur la conscience du sujet.

Ces enquêtes qui ont le mérite de lier, au moins dans la pratique heuristique, des disciplines différentes, dans une approche qui dépasse les clivages entre psychiatrie et sociologie. Elles nécessitent sans conteste des moyens plus lourds que ces enquêtes qui se contentent d'appliquer des grilles déjà élaborées à des populations différentes. Elles sont peu portées par les institutions privées ou publiques. Il faut mentionner quelques initiatives comme celles de la MIRE ou plus récemment celles du PIR-Villes et de l'INSEE⁸, une tentative de ce dernier organisme d'introduire dans l'enquête décennale Santé mentale des questions plus élaborées que celles habituelles aux systèmes de classification internationale. Mais toutes ces initiatives ne constituent pas pour l'instant un corpus de savoir sur lequel asseoir une vraie réflexion sur le lien entre les conditions de vie et la santé mentale, ou sur l'état de santé mentale de l'ensemble de la population,

⁷ On fait référence ici aussi bien aux travaux de la Mission interministérielle à la recherche du Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville qu'aux travaux effectués sur le site des Francs Moisins à Saint Denis, à partir d'une expérience de santé communautaire par une équipe de sociologie (CNRS- GRASS, RESSCOM, Paris XIII); travaux présentés respectivement au groupe par Bernard Doray, chargé de mission à la Mire et Michel Joubert (sociologue CNRS- GRASS, RESSCOM). L'intervention sur le quartier des Francs-Moisins a donné lieu à une publication : JOUBERT M. (dir) : BERTOLOTTI F., BOUHNİK P. " Quartiers, démocratie et santé"; l'Harmattan, collection logiques sociales. Juin 1993.

⁸INSEE, CNAMTS, CRÉDÈS, MIRE, SESI. Colloque scientifique du 20. 06. 94 "Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991- 1992".

MIRE, notamment lors de la conférence de Moscou en 1992, les travaux de l'atelier "Normes, droit et déviance". A paraître dans DORAY B. ET RENNES J. M. (dir.) " Psychanalyse et sciences sociales : le moment moscovite", l'Harmattan.

PIR-Villes : Programme -interdisciplinaire de recherche sur la ville INSERM, CNRS.

en dehors des consultants en santé mentale. Par exemple le dispositif psychiatrique public (et le ministère de la Santé) n'a jusque là jamais été poussé à explorer au-delà de sa file active, à explorer les demandes latentes. On peut s'étonner d'ailleurs, qu'il n'y ait eu aucune étude permettant de cerner qui était la clientèle de la psychiatrie privée, de quels symptômes elle souffrait et quels étaient la nature des actes; alors que les psychiatres d'exercice privé représentent plus de la moitié des psychiatres. De même, les institutions sociales ne sont pas poussées à analyser les besoins des populations en charge au-delà des variables sur lesquelles elles prétendent agir (le logement, la formation, l'emploi, le revenu) ou qui constituent d'une certaine manière un préalable ou un empêchement à leur action : la santé.

C'est pour cela que ce type d'approche aboutit seulement sous forme de recherche action, c'est à dire d'un processus qui explore les données, les besoins en même temps que les ressources et les solutions potentielles. De plus, il s'agit forcément de recherches qui doivent être menées sur un temps long, qui permette aux chercheurs comme aux personnes d'ajuster leur langage, de ne pas commettre d'erreur de traduction, de se former une culture commune.

Enfin, aucune de ces recherches non plus ne fournit, pour l'instant de certitudes quant à la question de la qualification de la souffrance mentale repérée, notamment sur le point de savoir s'il s'agit de maladie mentale et /ou de souffrance sociale. Néanmoins, ces recherches montrent bien la liaison qu'il y a entre la forme des symptômes, leur mode d'expression et les conditions de vie.

Et notamment l'effet dévastateur du lien social et de l'image de soi qu'entraîne la perdurance du chômage, de l'absence de perspective sociale collective dans nombre de sites.

Là encore la seule conclusion sûre qu'on puisse tirer est qu'il existe une souffrance forte, qui prend des formes spécifiques, dont la solution renvoie sans doute autant à des interventions en termes de soutien psychologique qu'en termes de dispositif social.

- 2 - 3 - Les enseignements tirés de la pratique de soin et de soutien psychologique aux populations en situation d'exclusion.

Il s'agit là d'une démarche empirique⁹ : un certain nombre de praticiens ont mis en place des consultations, des dispositifs de soutien psychologique etc. à destination de populations spécifiques.

Le groupe a entendu à ce sujet à la fois les enseignements que tiraient de leur pratique des psychiatres de secteur ayant mis en place un travail spécifique avec des populations adultes, allocataires du RMI par exemple, population fréquentant un centre de crise, et des équipes de missions locales ayant incité diverses expériences pour tenter de répondre aux difficultés psychologiques graves de certains de leurs usagers¹⁰.

Du point de vue dont nous nous plaçons dans cette partie centrée sur la connaissance, on peut tirer de ces réflexions les conclusions suivantes :

- un besoin d'accueil, d'écoute spécifique existe : la preuve en est donnée par deux faits : ce sont toujours les professionnels du social qui ont demandé à ce que soit mis en place un dispositif spécifique d'accueil de certains des usagers, proportion variant entre 15 et 20 % de ceux-ci et il semble que dès lors que ce dispositif a été mis en place, dans des conditions satisfaisantes, il est utilisé par les personnes. (Le groupe a cependant eu connaissance d'initiatives qui ont été un échec, de consultations où personne ne venait, et il serait important d'analyser comparativement ces différentes expériences, pour savoir ce qui permet qu'elles fonctionnent ou au contraire les voue à l'échec.). Que ce soit une consultation spécialisée dans un lieu d'accueil RMI, un consultation

⁹ au sens phénoménologique du terme.

¹⁰ On peut se reporter pour ceci aux contributions exposées oralement par J. MAISONDIEU, cf. compte-rendu no 3, à J. P MARTIN texte *op. cit.* et aux interventions de Cl. BONNET dont les illustrations de cas figurent en préambule.

Cf. aussi les expériences des missions locales de Vénissieux, Brest et Besançon et plus généralement l'ouvrage édité par le Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, délégation interministérielle à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en difficulté, intitulé " *Insertions en souffrance : des jeunes en difficultés psychologiques dans les missions locales, quel accueil, quel accompagnement, avec quels partenaires ?*

Cf. enfin, l'expérience de "POINT JEUNES" à Lille. Ces expériences sont rapportées dans le compte rendu n° 5 en annexe.

d'infirmière psychiatrique dans une mission locale, renvoyant vers un dispositif d'accueil et de soins spécifiques, un dispositif d'écoute psychologique pour les jeunes fréquentant une mission locale, mais situé hors les murs de celle-ci ou des stages permettant un travail psychologique plus collectif dans une autre mission locale, ces lieux et ces spécialistes sont utilisés, sur la durée.³ Certes on a l'habitude de dire dans toutes les analyses concernant l'offre de soins, que l'offre crée la demande : pourtant on est dans un cas de figure où l'offre de soins psychiatriques classique ou même l'offre de soins délivrée par le réseau de médecine libérale, même quand elle est accessible d'un point de vue économique n'est pas utilisée. (cf. -2-1- sur le recours aux soins des allocataires du RMI de Paris pour les symptômes décrits comme de la dépression).

- Les enseignements de cette clinique spécifique font apparaître le danger qu'il y aurait à classer d'ores et déjà ces symptômes dans de la pathologie mentale relevant du seul recours psychiatrique. En effet d'une part des cliniciens disent qu'il est impossible, même cliniquement, de distinguer les dépressions des situations de désespérance, et que les deux ne relèvent pas du même traitement, il n'y a donc pas de substitution possible entre le psychiatrique et le social. D'autre part, ce que l'on pourrait nommer, sans précision supplémentaire, une aide apportée aux personnes pour leur permettre de mentaliser leur souffrance a des effets : dans tel stage de la mission locale de Brest non seulement les jeunes se rendent compte qu'ils sont plus victimes d'une situation sociale que d'une faute personnelle, mais encore qu'ils disposent, même eux les réprouvés, de ressources collectives, qu'ils peuvent ensemble mobiliser. Par exemple, ils s'organisent en association, non seulement pour la recherche d'emploi, mais pour la participation à d'autres activités de la cité, projets culturels, de loisir etc.

- Les problèmes de souffrance psychique ne sont pas séparables de l'ensemble des conditions de vie des personnes ; c'est parce que ces offres de soin, de soutien, d'écoute, de mobilisation collective des ressources sont identifiées de manière spécifique, ne se substituant pas à l'offre de prestations sociales, de formation, d'aide à la recherche d'un emploi etc. et parce qu'elles ne constituent pas non plus une condition

d'accès à des dispositifs sociaux qu'elles sont utilisées. La psychiatrisation du social serait l'investissement complet de l'ensemble des services et des prestations sociales pour certains usagers par les équipes de psychiatrie. Ce serait aussi la confusion des rôles entre les intervenants sociaux, qui ont des fonctions précises (accueil, orientation, aide à diverses démarches, prestations financières ou en nature) et les fonctions d'écoute et de thérapie. Or on constate que dans les expériences dont il a été rendu compte au groupe, il n'y avait ni substitution, ni confusion des rôles, et donc forcément interventions complémentaires.

- Il existe un besoin de "soin" pour des usagers qui ne sont pas des malades mentaux. Ce truisme aurait besoin d'être rappelé : en effet alors qu'il est admis que le système de soins, conventionné ou non offre à la population générale, outre le recours dont on sait qu'il est en France démesuré aux psychotropes et autres tranquillisants, anti-dépresseurs, une large palette de solutions d'ordre psychothérapeutique, dont beaucoup ne nécessitent même pas pour être prises en charge par la sécurité sociale une preuve de maladie mentale, il apparaît parfois comme un préalable à la mise en place d'une offre de soins spécifique pour des populations démunies qu'elles soient identifiées comme souffrant de maladies mentales. Ceci n'est pourtant pas requis des usagers assurés sociaux qui n'ont pas de problèmes sociaux. Le groupe estime donc qu'il n'y a pas lieu de définir au préalable la souffrance psychique dont souffrent les personnes en situation de précarité ou d'exclusion pour tenter d'élaborer une offre de soins. Par contre, parce que l'offre de soins existante ne correspond pas à leurs besoins, leur est souvent inaccessible, soit économiquement, soit culturellement, il y a une mission particulière du service public à leur égard.

- 2 - 4 - La question de la légitimité de la puissance publique à intervenir.

Cette question a été largement débattue lors des premières réunions du groupe. Elle se posait dans les termes où de Michel Foucault au courant d'antipsychiatrie elle a été posée ou dans les termes plus familiers aux travailleurs sociaux du contrôle social. Si

l'on considère d'une certaine manière que la souffrance des personnes en situation de pauvreté, précarité est induite sinon par une organisation contestable de la société, du moins par une inefficacité relative des dispositifs sociaux et notamment des politiques transversales, est-il légitime de se contenter de soigner les conséquences de ce système et notamment, n'y - a - t - il pas un fondement à cette souffrance qu'il n'est pas légitime de vouloir cacher.

Trivialement on peut résumer cette interrogation ainsi : est-il légitime de vouloir éteindre une souffrance qui peut conduire à la révolte ou à une organisation sociale illégale par la distribution d'antidépresseurs, l'injustice se soigne-t-elle à l'aide de médicaments ?

Il apparaît néanmoins que cette question se pose essentiellement si l'on adopte une démarche de qualification préalable des problèmes, telle qu'elle résulte notamment des méthodes d'enquêtes nosographiques ou paranosographiques.

Dès lors, par contre, que l'on est attentif à l'offre de soin, de soutien, sans définir préalablement la cible, sans diagnostic préalable à l'orientation, sinon la demande des sujets, et si l'on prend les précautions qui s'imposent pour éviter tout système qui s'apparenterait de près ou de loin à une forme d'injonction thérapeutique, la question de la légitimité de la puissance publique à intervenir apparaît comme une question d'école.

Elle doit cependant être gardée en mémoire, comme un principe intangible auquel toutes les solutions pratiques proposées devront être confrontées : en matière de santé, mentale ou physique, plus encore en matière de souffrance sociale et existentielle, il ne peut pas y avoir de devoir de soin, ni moins encore de devoir de guérison. Ceci bien évidemment, à condition que l'on ait veillé à ce qu'une offre de soin ait été proposée sous une forme compatible avec la culture des sujets.

- 3 - IL N'EST PLUS URGENT D'ATTENDRE.

Tout travail d'un groupe interadministratif se doit de déboucher sur des propositions d'action. Devant l'incertitude créée par les tentatives de définition du problème traité, la tentation était grande de renvoyer à plus d'investigations préalables.

Pourtant, ce n'est pas que pour justifier nos positions institutionnelles qu'il nous paraît nécessaire de faire des propositions d'action et partant de financement de ces actions.

D'une certaine manière, on a montré dans les deux parties précédentes qu'il était impossible de définir de manière plus précise cette souffrance aux formes spécifiques qui parcourt les sites et les personnes en situation d'exclusion. Vouloir dire, dans des termes médicaux ou paramédicaux ce dont souffrent ces gens revient à choisir une forme de politique qui comporterait des effets néfastes sur la situation des personnes, notamment en termes de stigmatisation, mais aussi d'inefficacité (le cercle vicieux des traitements psychiatriques appliqués à des états qui ne relèvent pas de la maladie mentale est connu) . Pourtant, les expériences d'offre de soins montrent qu'il y a une demande des usagers et les situations relatées par les intervenants sociaux et les cliniciens qu'il est justifié qu'elle existe.

Les expériences déjà décrites montrent à quels besoins spécifiques, que les dispositifs sociaux ne remplissent pas, il s'agit de répondre.

On peut également de l'analyse de ces diverses expériences tirer quelques conclusions pragmatiques quant au comment faire.

- 3 - 1 - Les enseignements à tirer des approches empiriques de la souffrance.

- Des difficultés particulières;

On constate dans l'analyse de toutes les expériences menées, tant dans les missions locales que dans les lieux d'accueil RMI ou dans les projets santé mentale des

contrats de ville, qu'il existe un besoin supplémentaire pour certaines personnes en situation de précarité ou d'exclusion, qui ont des difficultés psychologiques particulières.

Les intervenants de ces consultations, de ces lieux d'écoute psychologique, de ces stages particuliers ont tous tenté de dresser un portrait de leur clientèle.

Il apparaît que ce sont des symptômes qui permettent le mieux de les décrire, ceux déjà nommés, la honte, la perte d'estime de soi, le désinvestissement de la relation à l'autre, la fatigue, la perte d'énergie, l'échec récurrent etc. mais comme pour les exclus, il n'y a pas de caractéristique prédictive de ce type de symptômes, ni de causalité évidente à leur apparition. En tous cas, dans l'état actuel des connaissances, il apparaît nécessaire de développer d'abord une connaissance qualitative approfondie des personnes qui souffrent de ces symptômes et de leur environnement, avant de vouloir tester n'importe quelle variable, vaguement sociologique ou médicale, pour établir des liens de causalité.

Mais les expériences déjà menées montrent aussi qu'il est possible de proposer "quelque chose" pour soulager cette souffrance, celle des intervenants sociaux et celle des usagers, sans avoir fait auparavant le tour de la question, même si cette démarche choque nos esprits cartésiens, formés à avoir défini tous les tenants et les aboutissants d'un problème avant de mettre en place les moyens d'action.

- A quels besoins doivent répondre ces dispositifs de soins ?

A entendre l'ensemble des intervenants de terrain, quelles que soient les modalités d'organisation, de financement, d'implication des différents spécialistes, il apparaît que ce qui est offert est d'abord un espace temps qui permet aux usagers qui le souhaitent d'exprimer leur souffrance. Certains parlent de mentalisation de cette souffrance (Vous souffrez, je ne peux rien vous offrir pour changer votre situation, mais nous pouvons parler de votre souffrance dit un psychiatre), d'autres parleront d'écoute, voire d'écoute psychologique, d'autres de groupe de parole, d'autres encore d'expression de soi, individuelle ou collective.

Quel est l'objectif poursuivi par la création de ce lieu d'expression de la souffrance? Il apparaît double : d'une part, et c'est la plupart du temps son origine, il sert en quelque sorte de "décharge" aux travailleurs sociaux. Ceux-ci sont sommés d'agir et la plupart du temps de réussir. Et d'une certaine manière, ils ne peuvent pas entendre la souffrance des usagers. Ils sont là pour transformer leur situation, améliorer leur état en leur offrant des prestations, des parcours d'insertion, ils n'ont pas de temps pour "l'expression inutile". De plus, l'écoute de cette souffrance, parce qu'ils ne sont pas armés pour celle-ci (les méthodes et les rites de la psychothérapie, notamment la relative impuissance du thérapeute sur la vie du patient constituent bien cette armure nécessaire) et peuvent comme l'a exprimé une intervenante, accueillante à la mission locale de Brest, céder tour à tour au surinvestissement ou au désengagement vis à vis de jeunes en difficultés psychologiques particulières, les empêche de remplir leur fonction sociale.

Enfin, et on y reviendra, parce qu'il n'est pas bon que l'utilisateur confie sa souffrance à quelqu'un avec qui il est dans un lien au moins contractuel, (qu'il peut aussi ressentir comme d'assujettissement) qui implique du don (des prestations, des aides matérielles, des démarches) et de contre don (un comportement particulier).

Mais, et le dernier point le montre bien, ces lieux servent aux usagers eux mêmes, parce qu'il est toujours nécessaire de pouvoir exprimer quelque part, sa souffrance, de pouvoir en parler, la montrer et ceci sans que celle-ci soit considérée comme relevant de sa faute ou de la fatalité¹¹. C'est en ce sens que ces lieux d'écoute, d'expression ont une fonction de prévention en santé mentale.

Un deuxième objectif de ces lieux, qui est poursuivi plus ou moins directement selon les sites est celui de la mobilisation des ressources des personnes. Le présumé

¹¹ Quand on parle de faute ou de fatalité, on vise bien évidemment la perception de l'écouter : l'utilisateur quant à lui a justement souvent besoin de pouvoir exprimer son sentiment de culpabilité quant à sa situation, ou au contraire de confronter à quelqu'un une interprétation de son histoire qui ne renverrait qu'à une responsabilité extérieure à lui. Mais pour pouvoir parler de culpabilité, de responsabilité, de sentiment d'injustice, il faut que cette parole n'emporte pas de conséquences sur l'attitude des autres, en l'occurrence des professionnels du social dont ils dépendent, à leur égard.

est alors qu'il faut travailler sur le manque d'énergie, sur le non désir, sur la honte, sur ce qu'un intervenant a appelé le syndrome du kangourou (le refus de sortir de la poche de sa mère ou de la mère institution), mais qu'il existe dans toute population des ressources. Et en particulier de lien social. Les expériences de travail collectif, telles que menées par exemple à la mission locale de Brest, le montrent bien : c'est souvent le sentiment qu'ont les personnes d'être seules dans leur situation et donc d'en être individuellement responsables qui les conduisent à un comportement d'échec, de non combativité.

Enfin, la plupart de ces expériences présentent aussi un volet d'interface entre intervenants sociaux et psychiatriques ou psychologiques. Cette confrontation (dont on verra qu'elle ne doit pas se faire sans obéir à des règles déontologiques précises) permet justement aux intervenants sociaux de faire face à la réaction de surinvestissement ou de rejet de certains usagers, elle permet aussi aux intervenants spécialistes de l'écoute de situer leur clientèle et de ne pas céder non plus à la fascination de l'horreur que fait naître la suite de cas individuels, elle permet enfin, elle a en tous cas cet objectif, de mieux ajuster l'offre d'insertion et la demande des usagers, dans le respect de ceux-ci comme sujets de leur histoire.

L'analyse des expériences menées montre donc :

- qu'il y a une demande de lieux d'écoute et d'expression de la souffrance
- vers laquelle sont orientés par les intervenants sociaux nombre d'usagers qui les utilisent
 - que l'existence de ces lieux est utile aux intervenants sociaux
 - qu'il est difficile, voire impossible dans l'état actuel des connaissances d'estimer combien de personnes relèvent d'une telle offre, combien l'utiliseront et quels effets aura celle-ci sur leur parcours d'insertion. Néanmoins, si l'on veut répondre au besoin, tant des usagers en situation d'exclusion que des intervenants sociaux qui ont en charge les politiques d'insertion, il apparaît nécessaire de développer de tels lieux d'écoute et d'expression de la souffrance. Parce que soigner celle-ci est d'une part une mission de

service public, d'autre part relève d'une bonne prévention de la consommation de soins plus coûteux.

- 3 - 2 - Comment faire ?

- Les comptes rendus figurant en annexe comme la littérature sur le sujet (cf. annexe bibliographique) montrent une palette de solutions. Ce qui caractérise les expériences menées, c'est leur diversité.

Le groupe a auditionné par exemple trois intervenants de missions locales : dans l'une, une permanence d'infirmier psychiatrique a lieu à la mission locale ; c'est l'infirmier qui oriente les jeunes qui lui sont adressés et qui viennent le voir, vers un dispositif d'écoute, de prévention, monté par le secteur et l'intersecteur psychiatriques. Ensuite, il y a écoute et éventuellement accompagnement d'une demande de soins plus poussés si nécessaire. Dans l'autre, c'est à l'occasion de modules dits "Santé" que les jeunes qui ont des difficultés psychologiques sont informés de l'existence d'une psychologue, qui leur offre une écoute spécialisée, en dehors de la mission. Là encore, cette écoute peut se suffire (quatre à cinq séances), soit déboucher sur une demande de soins psychiatriques, qui sera relayée par des praticiens libéraux, eux-mêmes associés au projet. Dans la troisième mission locale, ce sont des stages collectifs qui permettent l'expression des problèmes et la remobilisation des ressources : les techniques et les professionnels du théâtre, de la vidéo, de la relation psychologique accompagnent des jeunes dans un processus d'expression d'eux devant les autres, de confrontation et de restauration du lien social.

Si l'on examine les expériences d'intervention de professionnels du secteur psychiatrique auprès des populations d'allocataires du RMI, on constate la même diversité : à un endroit, ce sont des professionnels du secteur qui proposent une consultation psychothérapeutique, dans un lieu d'accueil d'allocataires du RMI. Le secteur est lié par contrat au département qui lui paie les vacations de ces professionnels. En plus du suivi psychothérapeutique des patients, allocataires du RMI, l'équipe

psychiatrique propose une forme de soutien aux intervenants sociaux, une psychologue qui n'assure pas de consultation psy. faisant l'interface entre les deux équipes. Dans un autre site, c'est l'équipe du secteur qui anime des groupes de paroles pour allocataires du RMI et intervenants sociaux et des groupes de soutien pour intervenants sociaux. Dans un autre site, c'est l'équipe du secteur qui a monté un centre de crise, recevant essentiellement des personnes en situation de précarité, allocataires ou non du RMI et leur propose une écoute et éventuellement une orientation psychiatrique. Dans cet endroit par contre, il n'y a pas de collaboration entre les intervenants sociaux et ceux du secteur, la question de la substitution des équipes du secteur à celles de la commune pour l'accueil des allocataires du RMI constituant un point de divergence non réglé.

- Au-delà de la diversité, on note des principes communs aux expériences relatées, points communs qui peuvent fonder un essaimage de ces expériences :

- Il n'y a pas de substitution possible entre les lieux d'écoute et d'expression de la souffrance et les lieux d'accueil, d'aide et d'orientation aux personnes en situation de précarité. La collaboration avec des professionnels du secteur ne signifie pas que les intervenants sociaux auront "ces clients là en moins".

- L'écoute, l'aide à l'expression de la souffrance peuvent être pratiquées soit en relation duelle, soit sous forme collective comme dans les expériences relatées par les missions locales de Brest et de Besançon citées dans le compte-rendu no. 5.

- La séparation des fonctions d'accueil, d'aide, d'accompagnement à l'insertion et des fonctions d'écoute et de soin psychothérapeutiques doit être lisible et crédible pour l'utilisateur :

- ce sont des spécialistes de l'écoute thérapeutique qui doivent être mis au service des usagers et non pas des travailleurs sociaux, des formateurs, des instructeurs de RMI etc. qui joueraient aussi ce rôle là. D'une part on l'a dit, il s'agit d'une fonction spécifique, qui a ses rites, son langage, ses contraintes et que n'importe qui ne peut pas exercer. D'autre part, il faut éviter de sombrer dans la psychanalyse de la place

publique, la souffrance est quelque chose d'intime, qui ne peut être dit, sous peine sinon de blesser le sujet, que dans un lieu et à des personnes qui ne partageront le secret qu'avec la personne qui a parlé. Dans les groupes d'expression collective, il y a un rempart de ce type aussi : ce sont des professionnels extérieurs à la fonction de la mission locale qui interviennent et les jeunes parlent "entre eux", chacun est en quelque sorte le garant du secret de l'autre.

Il faut que l'utilisateur conserve sa part de liberté, notamment sa capacité à donner des informations le concernant différentes (divergentes s'il le souhaite, l'imaginaire est aussi une fonction importante) aux différents intervenants. Voir, refuser de parler, de donner des informations, de se remémorer son histoire. La règle du préalable de la demande de parole et de la liberté de se taire face à un thérapeute doit conduire à respecter même si elle paraît contraire à l'efficacité de l'action pour le bien de l'utilisateur. Et chaque intervenant ne peut agir qu'avec ce que lui donne l'utilisateur. C'est là -la condition nécessaire à ce qu'on appelle insertion, c'est à dire ne pas déposséder l'utilisateur de son destin, en particulier ne pas accomplir de manière factice le travail d'individuation pour lui.

C'est bien sûr la condition nécessaire à une offre de soins de qualité, et c'est sans doute la condition nécessaire pour que le travail d'expression de la souffrance, qui a aussi pour objet de "décharger" les intervenants sociaux puisse s'accomplir. Il faut pour cela que les thérapeutes renoncent à la tentation d'agir pour leurs patients, de les aider à résoudre ces problèmes dont ils sentent qu'ils sont entre autres à l'origine de leur souffrance, et que les travailleurs sociaux renoncent à la volonté de savoir, voire de manière parfois plus malsaine à celle de voir autre chose que les problèmes assez triviaux de logement, de remboursement des soins, d'accès à la formation, à l'emploi que leur donnent à voir les usagers.

Les équipes qui font fonctionner ces lieux d'écoute travaillent en étroite collaboration avec les opérateurs de première ligne et ce, en deux sens : d'une part ce sont toujours ceux-ci qui leur adressent les usagers pour une écoute particulière complémentaire du travail qu'ils continuent d'effectuer avec eux ; d'autre part, ces

équipes animent un travail d'appui et d'échange de savoirs avec les professionnels de première ligne. Pour éviter les confusions entre les différents rôles des professionnels, ce peuvent être des personnes différentes qui pratiqueront l'écoute thérapeutique et l'animation du travail d'appui.

La situation particulière des populations en situation d'exclusion et de précarité nécessite des formes de collaboration spécifiques entre intervenants sociaux et intervenants thérapeutiques et notamment une organisation en réseau.

Le renvoi des allocataires du RMI sur les équipes de secteur n'est pas efficace : d'une part, parce qu'en l'état actuel de fonctionnement du secteur psychiatrique, organisé pour accueillir, suivre et traiter des malades mentaux, il n'a pas lieu d'être, dans la plupart des cas. D'autre part, parce que même quand il a lieu d'être, il ne se fait pas bien, sans intermédiaire préalable. Les expériences prouvent que ces personnes ne vont pas consulter spontanément ou même de manière orientée un dispositif psychiatrique spécifique, que pour nombre d'entre elles, celui-ci est souvent d'intervention trop lourde, que pour celles qui en ont besoin, l'essentiel de la démarche consiste en l'élaboration de la demande de soins, qui doit se faire en amont. Mais ceci ne signifie pas que les professionnels du secteur ne soient pas aptes à remplir cette fonction d'écoute et d'expression de la souffrance. Eux d'ailleurs ou d'autres professionnels de la thérapie psychiatrique, psychiatres, psychanalystes et psychothérapeutes libéraux, médecins généralistes bien sûr. Le tout est d'organiser la rencontre des usagers et de ces professionnels. Ce qui ne va pas non plus sans un important travail préalable, tel par exemple qu'il est entamé par la mission locale de Besançon qui a entrepris un répertoriage des professionnels libéraux, prêts à collaborer avec la consultation de la psychologue, pour prendre en charge certains usagers. Une telle collaboration nécessite d'ailleurs d'importants aménagements dans le fonctionnement de la médecine libérale, ne serait - ce que parce que le prix de l'acte conventionné (et donc accessible à ce type de population) est souvent difficilement compatible avec ce type d'acte, d'autre part parce que certaines interventions ne sont pas prises en charge, en libéral, celle des psychologues, des analystes non médecins etc.

Quoiqu'il en soit, il semble au groupe que cette mission revient principalement aux professionnels du secteur : Parce que le secteur psychiatrique a pour mission la prévention en santé mentale, ses professionnels doivent pouvoir être sollicités pour concevoir et animer, hors les murs non seulement de l'hôpital mais des institutions psychiatriques en milieu ouvert, dispensaires et centres de suivi, dans un lieu accessible par les usagers, un dispositif d'écoute et d'expression de la souffrance. Il ne s'agit pas d'une mission nouvelle que l'on confierait au secteur, la dernière circulaire réaffirmait déjà cette mission de prévention, largement plus développée d'ailleurs par l'intersecteur infanto - juvénile, mais il s'agit sûrement, hormis quelques expériences particulières (sur lesquelles le groupe a travaillé) d'une nouvelle manière d'exercer la mission de prévention en santé mentale. Cette intervention de professionnels implique un travail en réseau des différents intervenants, chacun assurant son rôle, rien que son rôle et tout son rôle, c'est à dire offrant à l'utilisateur une prestation identifiée et adaptée. Mais le réseau n'est pas qu'un carnet d'adresse, il est aussi la recherche commune par des professionnels remplissant des fonctions différentes d'une cohérence de démarche. L'utilisateur est une personne singulière, qui doit bénéficier d'une prise en charge personnalisée, ceci ne doit pas, on l'a expliqué, permettre l'indiscrétion des professionnels à son égard, mais implique que les différents intervenants doivent tenir compte dans l'exercice de leur fonction des conditions spécifiques dans lesquelles vivent ces usagers. Par exemple dans certains sites, les professionnels du social et ceux du psychiatrique se réunissent pour discuter, de manière anonyme et théorique de différents cas. Dans d'autres sites, les thérapeutes ou les personnes chargées d'orienter les usagers vers un dispositif thérapeutique peuvent rendre compte aux professionnels du social des éléments nécessaires à leur travail d'insertion. (non pas une information médicale, pas un diagnostic, surtout pas d'éléments de la vie intime des usagers, mais des conséquences possibles sur leur parcours d'insertion, en termes de capacités, de disponibilités, de désir etc.) Dans d'autres sites encore, l'utilisateur peut, s'il le souhaite, solliciter la psychologue de la consultation pour réunir tous les intervenants à qui il a à

faire et faire avec eux le point de sa situation. Ceci permet alors que soit mieux défini un parcours d'insertion qui tienne compte de tous les paramètres qui le concernent.

On le voit, la limite entre le découpage de l'usager entre des professionnels anonymes, qui ne collaboreraient pas, qui prendraient des décisions contradictoires (par exemple en termes d'emploi du temps) et l'organisation anthropophagique, où les professionnels deviennent une sorte de baleine qui engloutit les usagers et les empêche d'exister comme sujets est ténue. C'est ce qui explique d'ailleurs nombre de résistances du secteur à une demande de collaboration des équipes sociales comme la tentation de nombre d'équipes sociales d'incorporer dans l'organisation de leur travail une fonction d'écoute et de thérapie qui perd alors toute efficacité.

- Les implications pratiques de ces principes communs.

On l'a largement démontré, les besoins d'écoute et d'aide à l'expression de la souffrance mentale des populations en situation de précarité et d'exclusion nécessitent une intervention spécifique dans l'implication de professionnels spécialistes, dans l'organisation de ces lieux d'écoute au plus près des usagers, accessibles et dans le travail en commun entre eux et les intervenants sociaux.

Diverses formes d'organisation sont possibles, mais de toutes façons, elles nécessitent toutes un financement spécifique, au-delà des disponibilités des crédits sociaux et des crédits actuellement dévolus au secteur.

Si cette fonction d'écoute doit être offerte, comme aide supplémentaire à des usagers en difficultés particulières, qu'elle ne doit pas être un préalable à l'offre d'insertion, qu'elle ne doit pas s'y substituer, qu'elle doit être exercée par des spécialistes et en dehors des habitudes et des lieux destinés à traiter et suivre les malades mentaux, s'il s'agit d'une vraie fonction de prévention, elle ne peut pas être financée que sur les crédits destinés à l'insertion, ni sur ceux actuellement destinés au traitement des malades mentaux. Bien sûr la prévention est une mission du secteur, bien sûr, l'offre de tels dispositifs d'écoute et de soin est intrinsèquement liée à l'insertion ; mais on ne parviendra à décentrer les professionnels, à les convaincre de travailler autrement que si

cette mission ne leur apparaît pas comme une mission supplémentaire sans moyens supplémentaires. On peut bien sûr tenir un discours sur le redéploiement des moyens, la rationalisation des organisations etc. Il semble au groupe que ceci n'aurait d'autre effet que d'inscrire une mission supplémentaire sur le papier sans effet pratique. Ceci n'exclut pas que les personnes en charge respectivement du fonctionnement du secteur ou des dispositifs d'insertion ou des politiques transversales s'évertuent à rationaliser leur fonctionnement, à améliorer leur productivité. Mais sans gager a priori ces efforts en affectant les bénéfices escomptés à une tâche nouvelle, dont on sait qu'elle est difficile à assumer et qu'il faudra des professionnels motivés pour le faire.

C'est pourquoi, il faudra prévoir des crédits spécifiques, destinés à cofinancer de telles expériences avec le département, au budget de l'État, voir aussi dans le programme du Fonds de prévention de l'assurance maladie. L'affectation et le suivi de ces crédits devront être effectués selon une procédure légère, par une collaboration entre les deux délégations interministérielles concernées, la direction générale de la santé et la direction de l'action sociale.

- Diversité et évaluation des expériences d'écoute psychologique :

Il apparaît nécessaire de conserver une grande diversité dans l'organisation de ces fonctions, avec une évaluation de leur fonctionnement, notamment au regard des objectifs dégagés plus haut. Le travail commencé par le groupe réuni par la DIV et la DIRMI sur ce thème devrait continuer à jouer le rôle d'analyse et de confrontation des expériences et des problèmes qui a été le sien .

Il apparaît pour l'instant difficile de formaliser des objectifs et une méthode d'évaluation de ces expériences, car il est utile de continuer un travail d'investigation du sujet. Mais, parce qu'il est nécessaire de mettre en place des formes d'intervention, spécifiques, dans des limites déontologiques en particulier précises, il est nécessaire de mettre en place une sorte de commission chargée de centraliser l'information sous une forme encore assez brute (pas de recueil statistique standardisé, mais des présentations de cas, de fonctionnements concrets) et d'en rediffuser par le canal du milieu (la DIV et la DIRMI, sans doute aussi la DIJ, administrations de mission ont cette fonction

d'interface et de diffusion, la direction générale de la santé et la direction de l'action sociale pour les professionnels de leur sphère aussi) les enseignements.

En effet, face à un problème aussi complexe, mais aussi urgent, il est nécessaire d'innover dans le processus de création des dispositifs de prise en charge. C'est du terrain disait-on en introduction qu'est venue la demande d'une intervention spécifique, c'est sur le terrain que les professionnels si on leur donne les moyens sont le mieux à même d'élaborer des tentatives de réponse, à condition qu'il y ait auprès d'eux, en assistance, une instance qui leur permette, au jour le jour de réfléchir à leur pratique et à ses effets.

- Procédure de mise en oeuvre.

Plutôt que de proposer la création d'un Fonds d'intervention , interdirectionnel, voir interministériel, dont la mise en place reculerait à un horizon lointain la mise en oeuvre des premières expériences, le groupe propose une procédure très légère.

Il ne s'agit pas en effet de mailler le territoire de lieux d'écoute d'expression de la souffrance des personnes en situation d'exclusion, en en créant sur le papier autant que de secteurs, de CLI ou selon un pourcentage pondéré du nombre d'allocataires du RMI, de chômeurs etc. Pour se mettre en place de manière efficace, l'équipe de professionnels doit préexister, élaborer un projet, de préférence soutenu par le département et présenter une demande de cofinancement. Trop souvent en effet, dans le secteur social et particulièrement de l'intervention territorialisée et transversale, on s'est contenté de généraliser par circulaire un modèle issu de quelques expériences, sans avoir pu évaluer de manière approfondie les conditions de réussite, mais aussi les critères de besoin. Il faut donc viser une procédure rapide, légère, qui permette aux expériences de fonctionner et d'essaimer.

C'est pourquoi, il semble que les quatre administrations concernées au premier chef, c'est à dire la délégation interministérielle à la Ville, la délégation interministérielle au RMI, la direction de l'action sociale et la direction générale de la Santé devraient collaborer pour :

- affecter aux expériences existant ou en projet un financement, par un droit de tirage sur des crédits inscrits et réservés à cet effet.
- faire fonctionner un comité de suivi et d'évaluation, la commission décrite plus haut, au sein de la délégation à la Ville, animé conjointement par des représentants de ces quatre administrations .
- lancer des études financées sur une mise en commun d'une partie de leurs crédits d'études, notamment sur les populations fréquentant ces lieux d'écoute;
- faire mandater une mission de l'Inspection générale des affaires sociales, chargée courant 1995 de faire un recensement et une enquête sur l'ensemble des lieux fonctionnant déjà, de manière à disposer, fin 1995 d'indicateurs sur les coûts de fonctionnement, le nombre de personnes suivies, l'activité des professionnels, l'intégration de ces structures dans l'environnement etc..
- élaborer en collaboration avec la Mire et le PIR Ville un appel d'offres de recherche sur la santé mentale et les conditions de vie, selon les principes définis dans le chapitre suivant.

A cet effet un protocole d'accord pourrait être signé par les quatre directeurs et responsables officialisant cette procédure et désignant les modalités de gestion pratique (instruction des dossiers de demande de financement, affectation et délégation des crédits etc.)

Le directeur général de la santé devrait se rapprocher de la Caisse nationale d'Assurance maladie pour voir comment intégrer dans les programmes de prévention du Fonds de prévention un volet programme de prévention santé mentale et exclusion.

Des contacts devraient également être développés avec l'Inserm afin que cet organisme puisse intégrer dans ses programmes des recherches transversales sur la santé mentale et les conditions de vie, alors que jusqu'à présent, ces deux volets sont traités par des équipes tout à fait séparées.

- 4 - RENFORCER LES INSTRUMENTS DE CONNAISSANCE POUR L'ACTION.

Il est apparu tout au long des travaux du groupe que les instruments de connaissance, tant qualitatifs que quantitatifs, de cette part des comportements sociaux que l'on a nommée, faute de mieux, souffrance psychique, étaient très rudimentaires et ne permettaient pas de planifier une action.

D'une part les instruments classiques construits en épidémiologie psychiatrique, que ce soient les grands systèmes de classement évoqués qui permettent les enquêtes d'épidémiologie des maladies mentales, ne permettent pas de rendre compte d'états de souffrance mentale, à forte connotation sociale, même si les symptomatologies sont souvent identiques ; d'autre part les enquêtes sur les états de santé ressentie, se heurtent aux mêmes défauts, notamment parce qu'un certain nombre de signes peuvent traduire soit uniquement une difficulté à vivre une situation sociale très difficile, soit une configuration mentale qui rend toute adaptation aux impératifs du monde du travail presque impossible, soit traduire l'état dans lequel se trouvent des personnes plus ou moins fragiles, quand des conditions de travail de plus en plus exigeantes et l'angoisse suscitée par l'état du marché du travail les ont usées psychologiquement.

Il est peu probable qu'on arrive jamais à répondre de manière purement causaliste à ces questions complexes des effets des modes de vie et de l'environnement social sur l'état psychique des personnes. Mais il est important que se dessine un mouvement de recherche qui privilégie des approches nouvelles, notamment qualitatives, que ces recherches soient exploitées par un organisme coordinateur et que des enseignements pour l'amélioration de l'offre de soins, des politiques sociales et même de l'évolution des politiques publiques qui déterminent les conditions de vie des personnes en situation de précarité en soient tirés.

- 4 - 1 - Développer des recherches qualitatives qui permettent de renouveler les hypothèses.

On l'a largement exposé dans les premières parties, les enquêtes dont nous disposons, hormis les comptes rendus d'expériences, qui ne peuvent pas avoir valeur représentative, ont du mal à aborder le problème de la souffrance psychique et de ses liens avec l'environnement social.

On a constaté néanmoins, notamment au travers de l'audition des chercheurs ayant fait des enquêtes sur les effets des dégradations des conditions de travail sur la santé psychique des personnes et plus généralement sur la place qu'occupe dans la construction psychique d'un individu son rapport au travail, que des enquêtes qualitatives, menées avec la rigueur méthodologique nécessaire, permettraient d'aborder de manière nouvelle un certain nombre de questions. Pour ne prendre qu'un exemple, il apparaît de l'enquête sur les femmes chômeuses de longue durée que ce qui est le plus souvent à l'origine de leur souffrance psychologique, n'est pas tant la situation de chômage, que les conditions de travail précédant celle ci et notamment la lente dégradation de leur statut professionnel. Une question de cet ordre n'est pas que de pur intérêt théorique ; rien ne sert en effet, même si c'est nécessaire, de développer des lieux de réparation, d'expression de leur souffrance par les personnes, de soutien à leur détresse, si l'on n'agit pas sur ce qui inexorablement alimente le flux des personnes en situation d'exclusion et notamment la dégradation des conditions de travail. Pourtant ces deux domaines des politiques sociales, celle qui s'occupe de ce qu'on nomme le modèle socio - productif, et notamment de l'organisation du travail salarié, des négociations, de la lutte contre la sous traitance et ses effets sur la dégradation des conditions de travail, des effets de la modernisation technologique sur les conditions de travail etc. et celle qui

s'occupe des personnes qui ont été exclues du monde du travail ne sont que rarement rapprochés. Une enquête qualitative, permettant de relier les informations disponibles auprès des médecins du travail, des médecins généralistes qui sont souvent le premier accueil des personnes en situation de souffrance psychologique et des professionnels s'occupant des personnes en situation d'exclusion, permettrait peut-être d'avancer des éléments en matière de politique sociale qui dépassent le stade de la réparation pour s'attaquer à celui de la prévention.

Il serait important de même de mieux cerner les effets de ce qu'on a nommé le lien social, l'environnement social sur la santé mentale des personnes. Mais là encore, dans la mesure où on se trouve face à un domaine totalement neuf, il ne suffit pas de croiser quelques variables dites sociologiques (le revenu, la CSP, l'âge, le sexe, le niveau de diplôme) à des variables de santé mentale. Il faut trouver de nouveaux indicateurs du lien social et recourir par des enquêtes qualitatives avant de vouloir quantifier. Des hypothèses théoriques doivent être élaborées, testées par des méthodes d'enquête qualitatives (histoires de vie, méthodes ethnographiques etc.) avant de vouloir lancer de grandes enquêtes par questionnaires. Et la question du lien social ne doit pas seulement être abordée dans son aspect matérialomatérialiste, mais également du point de vue des représentations sociales, de l'imaginaire collectif. Car la souffrance psychique s'inscrit dans l'imaginaire de son époque et doit y trouver ses remèdes.

Bien sûr, il peut paraître peu opérant de proposer un programme de recherches, qui plus est un programme de recherches à longue durée. Mais cette proposition est couplée avec celles exposées dans la troisième partie, visant à mettre en place de manière rapide des lieux d'écoute. Lancer un programme de recherches qualitatives sur ces sujets présente un garde fou par rapport à cette proposition, afin que les usagers de ces lieux d'écoute ne soient pas constitués en catégorie administrative, puis sociale, représentant au terme d'enquêtes hâtivement menées la seule matière des recherches, le biais de l'échantillon induisant alors des conclusions forcément erronées et surtout ne permettant pas de réfléchir à de véritables politiques de prévention qui s'attaqueraient aux

conditions de travail, aux modèles de formation, aux conditions de vie dans leur aspect urbanistique, services collectifs etc.

-4 - 2 - Coordonner et exploiter ces recherches en même temps que l'évaluation des expériences pratiques.

Trop souvent l'administration lance des programmes de recherches gérés de manière déconnectée des services chargés d'élaborer et de suivre des politiques. C'est pourquoi il apparaît important que le groupe de suivi et d'évaluation des expériences de lieux d'écoute et d'expression de la souffrance ait en charge l'élaboration d'un cahier des charges de recherche et surtout l'exploitation de celles - ci pour faire des propositions aux différentes administrations en charge des politiques publiques. Ce groupe dont le fonctionnement a été évoqué au chapitre précédent, en ce qui concerne le suivi et l'évaluation des expériences de lieux d'écoute, devrait comprendre des représentants des diverses institutions en charge de toute ou partie de ce problème : des spécialistes des conditions de travail et de réemploi, c'est à dire du ministère du travail, des spécialistes en charge de l'épidémiologie psychiatrique, des représentants des administrations en charge des politiques d'insertion et bien sûr des opérateurs locaux, qui soient à même à partir de leur savoir empirique de valider les conclusions des recherches.

- 4 - 3 - Améliorer l'état de connaissances et la réflexion sur les effets déstabilisants des politiques sociales.

Il est apparu à l'audition des opérateurs locaux et notamment de tous ceux qui travaillent dans les missions locales, qu'il importait de questionner les effets des divers dispositifs sur la santé psychique des usagers.

Pour poser la question trivialement, le groupe s'est demandé si de construire des dispositifs qui avaient pour seul but affiché de remettre les personnes en situation

d'emploi, de préférence d'emploi classique, alors même que l'on se trouvait dans un contexte où le rétablissement du plein emploi, même à horizon quinquennal n'apparaissait pas comme une hypothèse plausible, n'avait pas des effets déstructurants à la fois sur les individus et sur le lien social.

Pour ce qui concerne les usagers des dispositifs d'insertion, il apparaît clairement qu'il sont de plus en plus soumis à une double injonction paradoxale, "Trouvez du travail, il n'y a pas de travail", les entraînant dans un cercle vicieux de la désespérance, rapportant la cause de leur échec à leur propre comportement. Cette hypothèse est largement corroborée par les résultats des travaux menés sur les conditions de travail, où l'on voit bien que dès lors que le travail devient une denrée rare, les conditions de l'accès au travail deviennent plus exigeantes et les conditions de travail permettent de moins en moins aux personnes de s'adapter tout au long de leur existence.

Mais d'une certaine manière les conditions d'insertion s'adaptent elles aussi aux nouvelles exigences du modèle socio - productif préparant les personnes à exercer un métier à n'importe quelles conditions (et les contrats de travail aidés qui très souvent n'offrent pas à leurs titulaires les acquis sociaux minima, en avantages connexes, en stabilité, en espoir de progression etc.) et à investir le maximum de leur effort dans cette recherche de travail et d'adaptation au travail. Très rares sont les dispositifs d'insertion qui tentent de travailler sur le maintien ou la restauration du lien social hors le lien professionnel. Seules quelques expériences sont menées auprès de jeunes, sur l'accès aux loisirs, sur l'offre de techniques leur permettant de restaurer leur image de soi, sur l'établissement de liens sociaux hors sphère du travail.

Il serait important que dans l'ensemble des enquêtes et des évaluations des différents dispositifs sociaux, d'insertion, de prévention etc. un volet soit réservé qui permette d'évaluer de manière critique les effets pervers de ces dispositifs, quand ils sont trop focalisés sur des objectifs immédiats. On connaît bien sûr les effets pervers de certaines techniques d'évaluations sur les résultats à la sortie de certains stages, qui poussent les organismes qui les gèrent à sélectionner leur clientèle. Dans le cadre d'une réflexion sur la santé mentale, ce volet ne doit pas être oublié et notamment afin que les

dispositifs d'insertion ne soient pas tentés de plus en plus de renvoyer vers les dispositifs psychiatriques les personnes qui ont du mal à s'adapter à certaines conditions d'insertion, de formation et de travail au lieu de questionner la pertinence qu'il y a à augmenter de plus en plus les exigences de l'insertion. En ce sens, il est important que l'on effectue un suivi des jeunes fréquentant des missions locales, et que l'on puisse juger dans quelques années des effets des divers dispositifs sur leur devenir, non seulement professionnel, mais aussi de construction identitaire et de socialisation. Car le lien social c'est bien la valorisation de soi (le lien de soi à soi), le lien de proximité (le lien communautaire au sens sociologique du terme, l'intégration dans des relations de proximité) et la citoyenneté (le lien politique). Et ces trois formes de rapport à soi et à l'autre déterminent pour large part la santé psychique des personnes. C'est pourquoi il importe de connaître un peu mieux les effets des politiques publiques sur ces liens.

CONCLUSION

L'ambition du groupe de travail "Ville, santé mentale, précarité, exclusion " était importante.

Il s'agissait de définir un problème, celui de la souffrance psychique des personnes démunies et d'apporter des solutions. Les résultats atteints, si on les mesure en termes de propositions, au sens administratif classique, peuvent apparaître restreintes. Mais tel que nous le proposons, ce "dispositif", composé d'interventions sur le terrain en direction des usagers et des professionnels de première ligne, d'un effort immédiat pour évaluer ces interventions, notamment en termes d'effets sur les clientèles, et d'un effort à long terme pour développer la recherche pluridisciplinaire sur les relations entre conditions de vie et santé mentale est cohérent.

Des recherches menées jusqu'alors, et quelle que soit l'approche, plus classiquement épidémiologique, ou socio - épidémiologique ou clinique et empirique, il apparaît certain que, quel que soit le qualificatif dont l'on nomme cette souffrance psychique qui touche les plus démunis, il y a, sur le terrain, c'est à dire dans les permanences d'accueil des allocataires du RMI, dans tous les lieux où se pratique la politique de la Ville, les politiques d'insertion, un besoin d'écoute et de soutien par des personnes qualifiées et spécifiques pour les usagers et un besoin d'appui et d'échange pour les professionnels de l'accueil de première ligne.

Ceci signifie qu'à aucun moment le groupe de travail n'a tranché la question de savoir si les personnes en état de souffrance dont on traitait relevaient plutôt de la sphère sociale ou de la sphère santé mentale. Il est entendu qu'une intervention sociale, fût - elle la

plus efficace, ne peut pas suffire à soulager toujours une souffrance qui a du mal à s'exprimer, mais qui cause des dégâts, même en termes de capacité d'insertion, mais aussi qu'une thérapeutique, telle celle appliquée aux malades mentaux ne serait pas efficiente, à défaut d'intervention sociale. Il n'y a pas de redéploiement possible entre le sanitaire et le social dans ce cas et il y a par contre une nécessité de collaboration entre les professionnels des deux sphères. A tous les niveaux :

- celui de l'intervention, avec la nécessité de prévoir des dispositifs d'écoute et de soutien spécifiques, dans les lieux d'intervention sociale, sous toutes sortes de formes : implication prioritaire des professionnels du secteur, bien sûr, par la participation des professionnels du secteur à des expériences hors le dispositif du secteur, par un système de vacations remboursées ; mais aussi participation des professionnels libéraux, spécialisés ou formés à cet effet, sous diverses formes.

- celui de l'évaluation des effets de la mise en place de telles interventions.

- celui de la recherche sur les causes de cette souffrance. Ne serait-ce que pour éviter de psychiatriser le social, il est nécessaire de renouveler le stock d'hypothèses sur le lien entre les conditions de vie et l'état de bien être psychique des personnes.

Le handicap très clair du type de propositions que l'on fait est qu'elles sont atypiques dans le système administratif français : en principe quand on décèle et définit un problème, on construit une catégorie de population cible qui bénéficiera d'une mesure, en espèce ou en nature. Il est alors possible d'établir un droit à ces prestations et partant un financement pérenne. Il n'en est pas de même dans notre cas : en effet, il n'y a pas de critères permettant de

définir les ayant droit de l'écoute psychothérapeutique de la souffrance ; permettre que cette souffrance puisse s'exprimer de manière efficace n'aura pas pour effet immédiat de faire diminuer la clientèle sociale ; et il sera difficile d'apprécier, notamment quantitativement, les effets de ce traitement de la souffrance des personnes, notamment sur leur vitesse d'insertion ou sur la diminution de leur souffrance.

C'est pourquoi, il est proposé que ces expériences se mettent en place à partir de l'offre de terrain et non pas de manière volontariste à partir d'un besoin défini préalablement ; certaines de ces expériences existent déjà et pourront être aidées financièrement, si le besoin s'en fait sentir ; d'autres pourront être lancées avec l'appui d'une cellule technique regroupant au niveau national la direction générale de la santé, la direction de l'action sociale, la délégation interministérielle à la Ville, la délégation interministérielle au RMI et la direction des hôpitaux qui disposera pour 1995 et le premier semestre 1996, de crédits incitatifs à des actions de santé ciblées. Ces expériences seront évaluées, du point de vue institutionnel et financier et du point de vue des effets sur les populations. Elles seront pérennisées si elles s'avèrent concluantes, et il sera important que le groupe chargé de leur évaluation propose également la moins mauvaise inscription administrative de ces crédits, de telle sorte qu'ils puissent être stabilisés, dans un budget de l'État et des collectivités locales qui tendra à supprimer toute dépense qui n'est pas inscrite dans le droit.

Les cinq délégations et directions du ministère citées s'engagent par lettre protocole à assurer ce programme expérimental et d'étude pour 1995 et 1996. A cet effet, un groupe interadministratif se réunira à la délégation interministérielle à la Ville

et sera l'interlocuteur des professionnels de terrain et des équipes chargées de l'évaluation.

Pour juin 1996 ce groupe fournira un rapport d'exécution et des propositions concernant la suite du dispositif.

ANNEXES

- 1- TEXTE DE CADRAGE PROBLÉMATIQUE
- 2- LETTRE DE MISSION AU PRESIDENT
- 3- LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

La Plaine-Saint-Denis, le 10 NOV. 1993

M. le professeur Antoine LAZARUS
I.D.E.F 3 rue du Coq Héron
75001 Paris

Objet: désignation du président du groupe de travail:
"Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale"

Monsieur le professeur,

La Délégation Interministérielle à la Ville et la Délégation Interministérielle au RMI sont régulièrement informées de problèmes rendant difficile la conduite des politiques de lutte contre l'exclusion. Ces difficultés renvoient notamment à un état de mal être ou plus précisément à la santé mentale de certaines populations.

Si la réforme de l'aide médicale et la mise en place d'actions spécifiques de santé tant dans le cadre du RMI que dans celui de la politique de la ville ont constitué de réelles avancées, elles ont cependant révélé dans certains cas des difficultés liées à la souffrance psychique qui deviennent des obstacles même à l'insertion.

Devant ce constat, la DIRMI et la DIV se proposent de constituer un groupe de travail national intitulé "Ville, SANTÉ MENTALE, PRÉCARITÉ ET EXCLUSION SOCIALE".

Je souhaite vous confier la présidence des travaux de ce groupe dont Hélène STROHL (IGAS) sera rapporteur général. Ce groupe travaillera environ six mois à partir de novembre 1993 à raison d'une demie journée par mois. Il réunira des représentants d'administrations, d'institutions publiques et parapubliques ; et s'appuyant sur les connaissances spécifiques de chacun, il devra explorer toutes les données du problème à partir d'expériences locales et faire des propositions.

Le rapporteur général prendra, à votre demande ou à celle du groupe, les contacts nécessaires auprès de toute institution ou personne susceptible de valoriser ou d'éclairer la problématique qui vous est soumise.

Je souhaite que le rapport final puisse être remis à l'automne 94 au Délégué au RMI ainsi qu'à moi-même.

En espérant de votre part une réponse favorable, je vous prie d'agréer, Monsieur le professeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Jean-Marie Delarue

copie à B. Fragonard
H. Strohl

Groupe de travail réuni par la DIA/II et la DIV

"VILLE, SANTÉ MENTALE, EXCLUSION ET PRÉCARITÉ "

ESQUISSE DE PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

La vocation traditionnelle des politiques sociales était de lutter contre l'exclusion des personnes qui ne peuvent, en raison de leur âge, de leur maladie ou de leur handicap, s'insérer dans le monde du travail. L'efficacité de ces politiques est indiscutable.

Toutefois, les importantes mutations économiques, sociales et urbaines que vit notre société depuis vingt ans ont engendré de nouvelles formes de politiques sociales s'intéressant à des personnes valides, mais qui courent le risque de ne pouvoir s'insérer socialement et professionnellement. Les formes d'action sont différentes : on devrait passer d'une logique de réparation à une logique de prévention sur des publics faisant partie de la population active. Il s'agit d'intervenir sur les processus qui produisent de l'exclusion de groupes sociaux ou de territoires.

Même si ces interventions se veulent transversales, la santé ne constituait pas a priori un domaine prioritaire. C'est à l'expérience que l'importance des problèmes de santé est apparue : l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins est incontestable. La confrontation avec ces publics a toutefois révélé que les situations d'exclusion sociale engendraient une souffrance psychique importante, des effets déstructurants au niveau individuel et collectif et majoraient les fragilités personnelles. Souffrance sans adresse qui peut aboutir, faute de mieux, à une situation pathologique et une réponse médicale. Comment en arrive-t-on là ? Il semble que tous les systèmes de réponse soient à interroger.

Connaissance et doctrine sont faibles tant du côté des politiques publiques que du côté des professionnels qui pâtissent d'un manque d'appréciation globale du problème ; chaque secteur d'intervention connaît un morceau de réalité sans pouvoir le resituer dans une compréhension plus large des processus de transformations et de mutations actuelles. Si l'assertion courante est de définir le problème comme "médico-social", comment dépasser cette généralité ?

DES QUESTIONS TRANSVERSALES

1- La visualisation

Un des premiers effets des dispositifs transversaux comme le Revenu Minimum d'Insertion, les opérations de Développement Social Urbain ou les Missions Locales est de rendre visible des phénomènes liés à l'exclusion enfouis dans l'épaisseur du champ social. Ces phénomènes, s'ils ne sont pas nouveaux quant à leur nature se manifestent de façon plus aiguë, ont une expression différente et sont de moins en moins tolérés. Ils obligent à sortir du mode habituel de compréhension et de prise en charge. Cette visualisation tient au cadre d'observation des dispositifs transversaux et aussi à différents facteurs : économiques, sociaux, spatiaux, familiaux, éducatifs, culturels produisent des effets cumulatifs.

Pour prendre un exemple, le RMI a de façon presque caricaturale reposé la question de la prise en charge de l'alcoolisme, alors que les données objectives montrent que les

bénéficiaires du RMI n'ont pas une consommation très différente de celle des groupes sociaux proches.

2- Souffrance psychique et processus d'exclusion

Il est incontestable que la précarisation des conditions de vie est en soi une condition aggravante majeure : si 10% de chômeurs c'est déjà considérable, il faut prendre en compte que l'environnement concret de certains quartiers c'est 30% de la population active au chômage.

Les différentes recherche-actions menées sur ces quartiers convergent sur le constat d'une accélération des processus de rupture et les manifestations de souffrance liées à la précarisation et à l'exclusion. Elles se manifestent tant au niveau individuel que collectif: difficulté de socialisation du petit enfant, échec scolaire, désinvestissement de soi et de la sphère publique, conduites addictives ou de risque, vandalisme, pathologies liées aux transformations du monde du travail.

La précarisation des conditions de vie semble fonctionner comme un révélateur de fragilités pathologiques latentes, que les sujets savent à peu près réguler dans des conditions de vie normales. La prise de conscience que la précarité n'est pas transitoire, mais une forme d'exclusion définitive d'un monde social et professionnel de plus en plus sélectif, a souvent un rôle de déclencheur d'une crise d'adaptation à ce contexte nouveau. Ceci a des effets bien au delà des personnes touchées individuellement par la précarité, comme la prise de conscience massive d'une menace qui concerne la collectivité.

Les différentes manifestations de la souffrance rebondissent dans tous les systèmes de prise en charge (social, éducation, formation, sanitaire...) et font intervenir une multiplicité d'acteurs qui, désarmés, se tournent souvent vers les secteurs de psychiatrie. Quelle perspectives pour mieux connaître et comprendre cette souffrance ?

3- La santé mentale

Ces questions ont certes à voir avec la santé mentale dans une acception proche de la santé publique qui comprendrait la bonne santé des populations. Mais quelle serait une politique de santé mentale qui tiendrait compte de ces questions ? Quels en seraient les acteurs ? En dépit des sollicitations répétées, ceux qui sont naturellement désignés -les secteurs de la psychiatrie publique - sont réticents à entrer dans une problématique aux contours aussi flous,.

Il ne s'agit évidemment pas de psychiatriser le social, la perspective est éthiquement inadmissible, et pratiquement irréaliste. Mais un certain nombre de questions peuvent se poser :

- le public de la psychiatrie publique est lui-même le plus souvent marqué par la pauvreté. Peut-on défaire les liens de causalité entre celle-ci et la pauvreté objet des politiques transversales ?

- nous avons évoqué des situations où le risque social est important . Elles peuvent se dégrader et drainer vers le secteur psychiatrique déjà engorgé, une forte demande. Certains professionnels des secteurs se plaignent souvent, à juste titre, d'être sollicités trop tard, comme dernier recours quand tout a échoué. Pour sortir de cet enchaînement, c'est bien un nouveau mode d'articulation entre différents champs de compétence et disciplines qu'il faut tenter de trouver.

Quel que soit le mode de réponses des équipes au niveau local, les différentes manifestations de cette souffrance posent une série de questions sur l'usage des catégories cliniques, le lien entre références nosographiques et pratiques en santé mentale, le statut du malade, la logique de l'institution psychiatrique, la place la psychiatrie publique dans sa contribution à des politiques transversales.

Texte synthétique DIV/ DIRMI

Les modes d'intervention ne sont-ils pas appelés alors à changer, se rapprochant des types de pratique qui se développent dans ces politiques ?

L' élu, le travailleur social, le médecin généraliste, le psychiatre et l'habitant de quartier n'ont pas le même rôle et n'entendent pas la même chose. On sait que l'affirmation rituelle de la spécificité du rôle de chacun ne tient pas longtemps devant la pression des situations confuses, où chacun essaye de pallier la carence, réelle ou supposée des autres partenaires. Il semble que les formes d'intervention à inventer ne pourront se légitimer qu'en prenant en compte les modes d'expression des publics. Certaines équipes expérimentent des réponses dans ce sens qui demandent à être mieux connues et partagées.

PROPOSITION D'UN GROUPE DE TRAVAIL

On l'a vu, l'exclusion ou la précarisation croissantes de certains groupes sociaux ou quartiers a-t-elle des effets et lesquels en termes de santé mentale, entendue au sens large, du malaise à la pathologie avérée.

Les stratégies diverses et souvent contradictoires développées par les différents acteurs, ceux de l'insertion comme ceux de la santé mentale, voir ceux des institutions type écoles, service public de l'emploi, peuvent se décrire aux deux extrêmes, comme une médicalisation outrancière et trop précoce de problèmes sociaux ou au contraire comme défi de l'aspect souffrance psychique de certaines situations sociales. Il apparaît donc nécessaire de réunir les différents acteurs concernés pour améliorer la connaissance et la compréhension de ces phénomènes, évaluer les réponses déjà expérimentées sur le terrain et proposer des instruments pour une meilleure diffusion, voir une généralisation de leurs acquis.

Les participants pourraient venir des champs : du médico-social, de l'éducation, de l'insertion, et de la formation et seraient déjà engagés dans la réflexion ou l'action; des représentants des services mobilisés sur ces questions et mandatés par leur hiérarchie (techniciens des administrations centrales, des services déconcentrés de l'Etat, des collectivités locales, des organismes ayant mission de service public), des chercheurs... ainsi que des acteurs susceptibles d'enrichir les connaissances à partir de leur pratique (élus, représentants d'association...).

Echanger ce que chacun entend dans l'exercice de ses fonctions permettrait peut-être aux différents acteurs d'identifier ce que chacun sait, et plus encore ne sait pas. La méconnaissance est au centre de notre questionnement.

La finalité d'un tel groupe serait de connaître, de suivre les nouvelles pratiques qui répondent au problème et de les restituer afin de mieux instrumenter les politiques publiques et d'ouvrir des pistes pour la recherche.

Texte synthétique DIV/ DIRMI

OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

OBJECTIFS

- 1- qualifier le problème "ville, souffrance psychique, exclusion et précarité".
- 2- analyser comment cette souffrance vient interpellier les différents dispositifs de prise en charge et comment ils répondent.
- 3- proposer des éléments de réponses propres à alimenter les politiques publiques. Il s'agirait d'un travail d'identification des changements à visée prospective mené conjointement par des techniciens d'administrations centrales et des acteurs de terrain ou des chercheurs.
- 4- proposer une traduction territorialisée en favorisant la mise en place de lieux d'évocation transversale qui rassemblent au niveau local les professionnels de santé mentale, de la prévention, ceux qui ont en charge les problèmes repérés. Suivi au niveau national de ces initiatives.

MÉTHODOLOGIE

- 1- Constitution d'un groupe de pilotage.
Le groupe de pilotage constitué de représentants institutionnels et de quelques professionnels de terrain ou chercheurs devront faire un travail commun de formulation des problèmes à partir des éléments connus touchant à la souffrance psychique dans les contextes socio-urbains en mutation.
- 2- Constitution du groupe de travail élargi.
A partir de la proposition du groupe de pilotage, la constitution d'un groupe de travail élargi intégrera des acteurs des différents secteurs interpellés par les manifestations actuelles de cette souffrance : champ de la santé mentale, social, éducatif, formateurs, médecins de ville, sociologues, chercheurs, élus...
Chacun, de sa place pourra dire ce qu'il pense être habilité à faire, comment il envisage les limites de sa compétence, de quelle manière il s'y prend. On verra émerger ainsi plus aisément les manques des différents systèmes de prise en charge.
Le travail en groupe permettra de rechercher les critères et les références à partir desquels les différentes expériences réussissent et de mieux instrumenter les dispositifs des politiques publiques.
- 3- Restitution.
 - 3- 1 Élaboration d'un document de travail. Outil à double finalité :
 - Valoriser
 - Faire des propositions structurelles.
 - 3- 2 Constitution d'un groupe de pilotage au niveau national. Sa tâche sera d'appuyer et de suivre les initiatives territorialisées et transversales repérées à partir du groupe de travail élargi.

Texte synthétique DIV/ DIRMI

LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

ANDRIEU Pierre-Jean	Commissariat au plan
ANSTETT M.	Sauvegarde de l'enfance CHAMBERY
ARENE Marguerite	DIV
BASS Michel	AFRESC PARIS
BERTOLOTTO M.	RESSCOM
BODENEZ Mme	Mission Locale BREST
BONAL Christian	Directeur des Hôpitaux
Docteur BONNET	Association de Santé Mentale Paris XIII
BONNEY M.	CPP PARIS
Docteur BRES Robert	Psychiatre Montpellier
Docteur BRICE Jacques	Ministère de l'Education Nationale
CARO Ghyslaine	Mission Locale Vénissieux
CHAUSSUMIER Michèle	ENSP
CHAUVEAU Nicole	ANPE
Docteur CHI-FRANCHET	O.R.S. Rhône-Alpes
CORDONI Monique	B.O.I. de NIMES
Docteur DORAY Bernard	MIRE
Docteur DUMONT Jean-Pierre	Psychiatre Paris
DUPRE Jean-Paul	Chargé de mission RMI LOIRET
Docteur FATRAS Jean-Yves	Division SIDA DGS
FIRCHOW Thilo	DIV
Monsieur De FOUCAULD	Commissaire général
FRAPPAT Mylène	AMPT Marseille
FREIRE M.C.	DIJ
GIAZZI Etienne	CNAMTS
HERROU Michel	DIV
JANCOVICI Emmanuel	Direction de l'Action Sociale
KOVES Viviane	M.G.E.N
LAZARUS Antoine	IDEF
Docteur MAISONDIEU	Psychiatre Poissy
MALLET Véronique	DGS SP2
Docteur MARTIN Jean-Pierre	Psychiatre Paris
MESTRAUD Marie-Agnès	ECCO TT
MINERVINI Marie-josé	CDES DOUBS
PARAYRE Claudine	DGS SP3
PERRET Jean	"Santé Mentale et Communauté" Villeurbanne
POINSARD Robert	Mairie PARIS
QUEROUIL Olivier	DIRMI
RAMAJO Jean-Christophe	DIJ
REVUZ Christine	CNAM
Docteur SAINT-DIZIER	Psychiatre Toulouse
STROHL Hélène	IGAS
THIBAUD-MONY Amie	INSERM U 292
TOUBIANA (M. le Dr)	ORS PACA
UNGERER Christine	ORS ALSACE
VILTE Daniel	CAF-93
VUILLAUME Dominique	INSERM-PARIS