

LA PSYCHIATRIE FACE A LA GRANDE EXCLUSION

Jean-Pierre MARTIN

Le rapport Psychiatrie et Grande Exclusion, déposé en Juin 1996 auprès du Secrétariat d'Etat à l'action humanitaire, est le produit d'un groupe de travail réuni à partir de Juin 1995 à la demande de Xavier Emmanuelli.

Sous la direction initiale de Monsieur Cyril ROGER LACAN puis ensuite et surtout de Madame le Docteur Catherine PATRIS, conseiller, le groupe était composé des membres suivants :

- Monsieur le Docteur Bernard ANTONIOL - Secteur de Bordeaux
- Monsieur le Docteur Maurice BEREAU - Intersecteur Hauts de Seine
- Monsieur le Docteur Marcel CZERMAK - Secteur de Paris
- Monsieur le Docteur Jean-Pierre MARTIN - Secteur de Paris
- Monsieur le Docteur Alain MERCUEL - Secteur de Paris
- Monsieur le Docteur Michel MIWARD - Secteur de Dax
- Monsieur le Docteur Eric PIEL - Secteur du Val de Marne

Ont également participé à ce groupe de travail : Madame le Docteur PEWCIOLELLI (DGS), Monsieur JANCOVICI (DAS) ainsi que la direction des hôpitaux.

L'auteur de cette présentation est donc un des rédacteurs de ce texte. Il assume les qualités et les manques collectivement avec les autres membres du groupe de travail. L'apparente distanciation, dans l'écriture qui suit, n'est donc pas une volonté de se distinguer du groupe.

Ce rapport, premier en son genre, quant aux relations entre psychiatrie et errance, est une avancée par la prise en compte des pratiques des équipes de secteur psychiatrique et une reconnaissance de leur rôle social. Jusqu'à aujourd'hui, en effet, leurs élaborations étaient restées limitées au cadre psychiatrique, les questions de société étant ramenées à la dimension pathologique.

Ici sont abordées la place de la psychiatrie dans l'action de Santé Publique, dans son articulation en réseau avec les autres intervenants sociaux, les réformes nécessaires dans l'accès aux soins et dans l'organisation de l'institution, les élaborations cliniques nécessaires.

Il se situe donc dans la continuité d'un autre rapport de Décembre 1994 rédigé par Antoine Lazarus et Hélène Strohl : une souffrance qu'on ne peut plus cacher, qui aborde la question de la souffrance psychique comme une forme d'expression sociale des crises qui traversent la ville, avant d'être une pathologie.

Ces deux rapports, amènent donc à développer une pensée critique et des pratiques alternatives, en faveur d'une politique sanitaire et sociale qui ne se réduise pas à des actions spécifiques et techniques limitées.

L'expérience de ces 20 dernières années montre en effet, que les différentes actions en terme de politique de la ville, d'aide aux sans emploi, aux sans abri et à tous les déshérités, ont échoué par leur conception parcellaire.

Ces deux rapports posent également clairement la nécessité, d'un financement global à la hauteur des enjeux de société, et non à des financements au coup pour coup.

Ils sont donc une forme d'expression politique critique, qui va à l'encontre des politiques actuelles quels que soient les gouvernements qui les mettent en oeuvre.

Nous verrons dans cet écrit, leur caractère limité dans cette critique, et les pistes à développer concernant en particulier les changement radicaux et démocratiques que cela suppose.

Le rapport s'inaugure par une réflexion clinique sur la qualité de sujet des sans abris, qui ne peuvent être confondus en une masse monolithique et indifférenciée, indiquant de ce fait qu'être reconnu comme sujet entraîne une reconnaissance de la personne sociale, non seulement dans son être, mais

aussi dans son histoire, dans son itinéraire de vie avec ses aléas traumatisants, et qu'il n'y a d'inconscient privé qui ne soit simultanément social.

Il aborde ensuite l'état des lieux du secteur psychiatrique, avec ses manques et ses replis hospitalocentriques, avec son manque de moyens également, qui le rendent dans les faits inadaptés quand à l'approche de la grande exclusion, terme ici qui recouvre les laissés pour compte des systèmes de prise en charge sociaux, un pas de plus par rapport aux exclusions issues du chômage, de l'absence d'une politique de logement social cohérente, de la dislocation familiale, de l'école, des institutions sociales et sanitaires.

Une part de cette population est à mettre au compte de la psychiatrie dont les politiques de fermeture de lits et de réduction du temps d'hospitalisation ne sont pas toujours accompagnées de structures d'insertion et d'un suivi conséquent.

Il n'est donc pas fréquent de rencontrer dans la rue d'anciens patients qui galèrent, qu'ils soient psychotiques ou pas, en tentant de survivre avec une pension d'adulte handicapé (quand la prise en charge soignante a été jusqu'à cette attribution).

Si le chiffre de 20 à 30 % de la population à la rue est souvent évoqué, il est évident qu'il renvoie à l'ensemble de la souffrance psychique exprimée, et non aux seuls « malades mentaux ». Il n'en reste pas moins que le système de soin psychiatrique produit des exclusions qui ne sont plus seulement celles de l'enfermement et de la relégation.

Les besoins d'adaptation et de présence du secteur psychiatrique auprès des errants, SDF, personnes en grande précarité, sont donc analysés en fonction de différents paramètres sociaux et de santé publique.

1 - Les sites d'implantation des secteurs déterminent des approches de la précarité différentes, en particulier dans les urgences de l'hôpital général, l'articulation avec selon la façon dont on conçoit le secteur = structure centrée sur l'hôpital ou hôpital comme un élément du secteur.

Si l'on observe un accroissement des personnes marginalisées dans les campagnes, la masse des errants se retrouve cependant dans les grandes villes, en particulier dans les centre-ville, les quartiers des gares, et le métro à Paris « les personnes en grande précarité y trouvent des conditions de survie qui sont non seulement liées à l'existence de structures d'accueil spécifiques, le plus souvent associatives, mais aussi aux squats possibles, et à une visibilité sociale moins grande qui limite les sentiments de honte ».

Elles permettent également des formes de solidarités marginales, des mouvements de la banlieue vers le centre qui concernent en particulier les adolescents en rupture.

Les banlieues sont marquées par des formes de précarité sur place, où des populations, auparavant insérées, sont menacées d'expulsion lors de la perte d'un emploi, une rupture conjugale.

2 - Les pathologies rencontrées

Les études montrent qu'il n'y a plus de pathologies psychiatriques chez les errants que dans une population générale.

Cependant l'importance des dépendances y est marquée (65 % consomment de l'alcool, 25 % des toxiques) d'autant que leur approche est aussi aléatoire que dans les autres populations, aggravée par leur place dans les échanges, « allant du troc aux trafics avérés, participant des relations de sociabilité interne au milieu de la galère », et aggravée par une cause de rejet en plus.

3 - Les problèmes spécifiques des jeunes en errance

L'errance se fait dans une rupture, souvent revendiquée, avec les milieux d'origine, les parents. En contre-partie, ces jeunes gardent des capacités pour amorcer une autre vie, pour vivre en groupe, avec un usage du temps et de l'espace associant nomadisme et itinérance, que l'on retrouve rarement chez les autres classes d'âge.

Certains adolescents n'ont jamais connu autre chose que la précarité.

« Les multiples déterminants actuels et passés de l'errance et de la précarité sont intriqués et leur prise en compte ne saurait être le fait d'une structure type éventuellement modulaire et répliquable ».

4 - Les pesanteurs institutionnelles

Les institutions psychiatriques sont débordées par le phénomène de l'errance, qui refuse particulièrement toutes les relégations, et lorsqu'ils y sont admis par la contrainte, font de sorte qu'échouent traitements et programmes d'insertion.

De plus, l'accès aux soins sur les secteurs y est limité, par le type de souffrance psychique qui amène l'évitement « je ne suis pas fou », par la notion de domiciliation qui exclut, par l'angoisse des soignants face à l'imprévisible inconnu.

Enfin, l'importance des idéologies qui clivent médical/social, empêchent l'hôpital d'être un lieu d'accueil, d'hébergement, de derniers recours, mais aussi les structures de soins sur le territoire.

5 - Les possibilités d'hébergement qui sont limitées par l'absence de politiques de logements sociaux, mais aussi par la faiblesse des moyens d'insertion au décours d'une hospitalisation, d'un accueil ambulatoire.

Les structures de réinsertion sociale se ferment à ces errants, en privilégiant ceux dont la précarité est plus limitée (jeunes travailleurs sans toit).

Le rapport aborde ensuite les objectifs souhaitables en terme de prévention :

- la prévention de l'exclusion des malades mentaux, qui, ici n'aborde pas la critique de l'institution hospitalière asilaire, mais propose plutôt des pistes internes = continuité des soins, refus de l'abandon sur le plan thérapeutique, moyens de soins suffisants et accroissement des équipes extra-hospitalières

- la prévention des troubles psychiques chez les exclus, insistant particulièrement sur l'action vers la petite enfance, tout en étant démunie en ce qui concerne les adolescents et les dépendances.

Cependant, l'importance donnée à la place du réseau est l'aspect le plus significatif du texte, avec comme finalité l'intégration et la défense des droits de l'homme comme accès à la citoyenneté.

Ce réseau est ici à construire sur le terrain, à partir de l'écoute, des échanges entre équipes soignantes et équipes sociales ou associatives.

Sa mise en place nécessite que les équipes soignantes sortent de leurs structures et participent dans leurs compétences, à l'approche sociale, avec comme niveaux possibles :

- mobilité maximale dans les structures d'accueil informel
- présence régulière et concertée dans les structures d'accueil ou d'hébergement à horaires fixes
- rencontres programmées avec les équipes sociales de type municipal ou départemental
- liens organiques plus médicalisés dans les centres hospitaliers recevant les urgences.

Dans ce rapport nous refusons donc une conception du réseau qui serait une structure ghetto, une structure qui serait une façon d'enfermer sur place, à partir d'une maillage purement technique du réseau.

Les propositions sont en conséquence inscrites dans cette logique, et nous refusons les structures spécifiques de type CMP pour SDF, pavillons pour démunis, tout comme un accès aux soins qui ne se ferait que par les urgences.

La prévention est ainsi rattachée à des moyens précis : points d'écoute, numéro vert, groupes Balent avec les intervenants sociaux.... et évaluation des situations de précarité lors des hospitalisations.

Elles s'accompagnent de propositions de principe plus générales qui font date par leur écriture dans un rapport reconnu comme officiel : refus des conduites normatives, coordonner les structures de secteur avec les structures de réseau, refus de l'hospitalisation de longue durée, développement de l'hébergement social ouvert à tous sans sélections.

Sur le plan de la prévention, nous retenons ici la création d'un pôle de santé publique dans chaque hôpital ; la suppression du forfait journalier.

Les propositions pour l'hébergement renvoient à une politique de logement social globale sur une intégration des structures associatives dans l'ensemble du logement social, avec la définition de

quotas pour les personnes pris en charge par les équipes de soins psychiatriques et par chaque équipe sociale.

Les moyens à mettre en oeuvre demeurent cependant la partie la moins élaborée de notre rapport, qui reprend l'existant pour le mettre en perspective. On peut noter au passage la création de commissions liées aux CDSM qui pourraient jouer un rôle permanent avec un budget de fonctionnement, la création de structures de formation et de recherche, et au plan national la mise en place d'un observatoire national de la grande exclusion.

Dans ce rapport nous prôtons donc une politique globale pour faire face à la grande exclusion qui concerne tous ceux qui ne sont plus pris en charge dans un système institutionnel de Protection Sociale (mis en crise par l'ampleur du chômage et les politiques néolibérales qui dérèglent les cadres légaux de son action), reposant sur le refus des relégations.

Il reste cependant limité dans cette approche politique aux cadres de faisabilité actuels, n'abordant pas, en conséquence la défense de la Protection Sociale et du service public, même s'il se réfère souvent à eux.

Le mouvement de Décembre 95, qui a vu une renaissance de l'action syndicale et des luttes, n'est pas abordé - alors que pour la première fois - sont apparus dans les revendications des points qui concernent toutes les exclusions.

La défense d'une santé publique associant ses usagers de façon démocratique, la reconnaissance des exclus dans leurs droits de citoyens, l'élaboration d'une action publique qui privilégie les programmes sociaux avec les moyens financiers adéquats sont les 3 grandes orientations qui manquent dans ce texte, qui par ailleurs ne prend pas position sur les illusions de l'action humanitaire, de même qu'il n'aborde pas clairement comment prévenir l'urgence sociale.

Ce rapport est donc pour nous une ouverture au débat politique plus qu'une réponse aux urgences de la situation de précarité généralisée actuelle.

Il est prévu cependant, à travers la mission d'appui qui a été mise en place pour continuer à travailler des propositions concrètes, des rapports d'étape ultérieurs dont le principal sera en Mars 97.

Nous verrons alors comment les élaborations du groupe de travail permettent de produire des effets concrets et durables.