

Epuisement des réseaux de solidarité primaire : le parti pris de l'étayage

Mylène Frappas,
Chargée de mission
Service de la Santé
Publique et des
Handicapés,
Ville de Marseille

La Ville de Marseille développe depuis maintenant cinq ans une politique volontaire en matière de santé mentale. A partir de son Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM) elle a engagé une démarche qui se conduit à deux niveaux. Le premier, dans un contexte de réformes, vise à contribuer à la structuration et la coordination institutionnelle de l'Action publique locale en matière de santé mentale. Le deuxième cible la mise en place de projets expérimentaux à l'échelle de micro territoires¹.

Ces projets s'inscrivent dans les axes de travail du COSM et viennent répondre à des préoccupations fortes portées par les différents acteurs. Parmi eux, la mise en place de dispositifs partenariaux afin de répondre à la gestion de situations de crise ou situations complexes liées à des problèmes de santé mentale. Dans le cadre de leurs prérogatives définies respectivement par le code général des collectivités territoriales, l'article L.3213.2 du code de la santé publique² et la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007³, mais aussi par leur position de proximité, les élus locaux, les techniciens municipaux sont régulièrement saisis de façon pressante pour tenter de régler des situations présentées comme hors normes. Si une part de ces situations renvoie explicitement à la notion de danger imminent et nécessite une décision d'hospitalisation sans consentement⁴, l'autre part concerne des personnes qui ont des difficultés majeures dans la gestion d'elles-mêmes et de leur environnement. Elles ont épuisé les réseaux de solidarité primaire, sont fréquemment exclues des circuits permettant l'accès aux droits et laissent démunis les services techniques ou sociaux. L'analyse des situations considérées montre une incidence

évidente des problèmes psychiatriques : la grande majorité des personnes ont un problème en rapport avec la psychiatrie ou un problème en rapport avec le suivi psychiatrique. Par ailleurs, l'impact des processus de désaffiliation apparaît dans ce public comme relativement important, ainsi que les difficultés liées à la précarité et à l'insalubrité pour plus de trois quarts des situations. Enfin, elles sont caractérisées par l'injonction à agir vite !⁵ Afin d'améliorer le traitement et le suivi de ces situations, le Service de Santé Publique et des Handicapés de la Ville s'est attaché à proposer et construire des cadres de travail partenariaux adaptés. Ainsi le réseau « Santé mentale et logement » a été mis en place dans le premier arrondissement de Marseille. L'objectif général du réseau est de mieux organiser la prise en charge et l'accompagnement des personnes en souffrance afin d'anticiper et éviter les passages à l'acte pouvant conduire à des réponses radicales telles qu'une hospitalisation contrainte, une intervention policière, ou une expulsion...

Le réseau s'est construit à partir d'une formation/action. Il fonctionne sur la base de l'engagement de ses participants et l'accord de leur institution. Il se réunit une fois par mois. Il est coordonné par la Ville. Il est composé d'un premier cercle de participants assurant la dynamique et la continuité de ses activités (équipes de psychiatrie publique - CCAS - Maison de la Solidarité - Réseaux Gériatrie - Direction du Logement - organismes opérateurs des programmes de résorption de l'habitat indigne...). Un deuxième cercle reste mobilisable en fonction des besoins (commissariat - organismes de tutelle - services d'addictologie - services de l'APA...).

Au cours de chacune de ses séances, le réseau se penche donc sur des situations jugées complexes présentées par les membres du réseau eux-mêmes. Cha-



cun apporte son expertise, une myriade de points de vue pertinents vient s'agencer dans le souci partagé du respect de la personne placée au centre de la situation comme sujet, comme citoyen, comme habitant, comme résident. Le réseau fonctionne comme un espace de négociation, un espace de création de liens qui permet de trouver une possibilité de rouvrir un avenir à une situation qui paraissait pourtant bloquée. Outre un accès aux soins, ce mode de travail permet un recours optimisé à une large palette de droits, de mesures, de programmes et une capitalisation des solutions trouvées face aux obstacles rencontrés de façon récurrente... Ici l'ingéniosité est collective, chacun paraît y trouver les complémentarités recherchées et peut ainsi jouer pleinement son rôle.

Cet espace de travail engage à l'agir, à l'agir ensemble, à l'« aller vers ». A partir de ce lieu, la prise en charge coordonnée est possible et s'inscrit dans le long terme. La notion d'urgence qui apparaissait au départ ne se pose plus. Il s'agit d'entourer la personne sans toutefois l'encercler en respectant, soutenant ou renforçant la place de ses proches. Cet espace de collaborations inscrit dans un territoire, opère à partir d'une logique de coopération horizontalisée où la qualité des relations détermine la qualité des productions. Il fait

¹ Démarche restituée régulièrement dans la lettre électronique Marseille/santé mentale : www.marseille-sante-mentale.

² Celui-ci confie aux maires le pouvoir de prendre, en cas de danger imminent, à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux des mesures d'urgence à caractère provisoire.

³ Cette loi prévoit une extension de la notion de dangerosité et insiste sur la notion de troubles du voisinage. Elle renforce globalement le rôle du Maire.

⁴ La moyenne annuelle des hospitalisations d'office effectuées par le Maire est de 60 (pour 852 000 habitants).

⁵ « Evaluation des dispositifs de gestion des situations de crises et/ou complexes liées à un problème de santé mentale mis en place par la Ville de Marseille ». Fernando Bertolotto - Octobre 2010.

Le législateur tient-il compte de la réalité psychique ? (suite)

des moments exceptionnels, provisoires, dans toute la mesure du possible. La vie quotidienne des familles correctement aidées est à cet égard une école d'excellence et d'endurance.

Le cas particulier des soins sans consentement

En ce qui concerne la continuité des soins, les familles, lorsqu'elles existent et qu'elles ont pu bénéficier de formations, sont les « veilleurs au quotidien ». Elles savent, mieux que quiconque, si la personne malade a besoin de soins. Elles négocient, en effet, en permanence pour protéger leur proche. Elles le font en jouant sur trois domaines principaux : le maintien de la permanence du lien social (quoi qu'il arrive), la continuité des soins et la lutte contre la prise de substances addictives. Pour l'Unafam¹, l'outil le plus efficace pour assurer globalement cet accompagnement s'avère le logement accompagné.

Dans le cadre de la révision de la loi de 1990, les familles demandent principalement :

- que des services d'urgence spécialisés répondent 24 h/24 lorsqu'elles appellent et, qu'en cas d'urgence, des spécialistes viennent à domicile négocier avec les proches et seulement le cas échéant, la police. L'urgence psychiatrique professionnelle est un métier.

- à pouvoir bénéficier de formations adaptées pour les aider à tenir dans la durée, comme au Québec.

- à participer à l'élaboration de dispositifs capables de négocier avec les aidants de proximité. Cette exigence provient du fait qu'au moment où elles en ont le plus besoin, les personnes souffrant de troubles sévères ne sont plus en état de demander. Dans ces conditions, il faut bien que des aidants de proximité familiaux ou professionnels puissent parler à leur place (ou de leurs représentants associatifs). Cette action implique des formations comme indiqué ci-dessus.

- que les personnes les plus démunies ne soient pas abandonnées, en particulier lorsqu'il n'y a pas ou plus de famille. Ceci suppose des dispositifs ayant obligation

de prendre en charge, de manière souple et adaptée, des populations entières exclues du fait de leurs troubles.

L'Unafam a fait connaître son point de vue au législateur.

Les débats intervenus autour des textes en cours d'examen ont montré que le droit des incapacités psychiques n'était pas suffisamment connu par beaucoup, y compris par certains spécialistes.

Dans cet environnement difficile où les interprétations les plus diverses sont possibles, l'expérience et le témoignage d'une association nationale comme l'Unafam, impliquée à 100 % dans la vie quotidienne et qui entretient des partenariats durables avec les soignants, devraient être écoutés, surtout lorsque l'on sait que 95 % des personnes malades vivent aujourd'hui dans la cité. C'est le sens de l'action menée par l'association depuis des années. ■

¹ Les grandes lignes du plan psychique demandé par l'Unafam (<http://www.unafam.org/Les-grandes-lignes-du-plan.html>)

⁶ Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine.

Épuisement des réseaux de solidarité primaire : le parti pris de l'étayage (suite)

appel à l'exigence de détenir désormais des connaissances de nature transdisciplinaire, de développer des pratiques différentes, avec d'autres, tout en remplissant pleinement ses missions. Le nombre et la régularité des participants, l'évolution de la charge du réseau en nombre de situations traitées et de suivis viennent confirmer sa pertinence.

Près de cinquante situations ont été traitées dans le cadre de ce seul réseau depuis octobre 2008. S'il paraît difficile de mettre explicitement en évidence l'évitement de l'hospitalisation contrainte, nous pouvons néanmoins affirmer que les réponses apportées confortent de façon très majoritaire le maintien à domicile, elles favorisent aussi de façon non négligeable l'accès à une place en maison de retraite ou foyer résidence. Enfin, le nombre d'orientations vers l'hôpital général est plus im-

portant que celui effectué vers l'hôpital psychiatrique et, dans la majorité des cas, ces dernières orientations se font avec l'accord des personnes ou à la demande d'un tiers.

Le réseau forme bien ici un dispositif intersectoriel de prévention et de prise en charge dynamisant les interfaces entre les services municipaux, les services sociaux, médico-sociaux et la psychiatrie publique.

Riches de cette expérience, nous avons d'ailleurs souhaité afficher dans le cadre du Contrat Local de Santé signé entre le Maire, le Directeur de l'ARS et le Préfet en juin 2010, le principe de mise en place d'un nouveau réseau. Situé dans une zone ANRU⁶ (13 et 14^{èmes} arrondissements), celui-ci rassemble des soignants, des travailleurs sociaux et tous les bailleurs sociaux présents sur le site. Il nous paraît en effet à terme essentiel que chacun des secteurs de la Ville puisse être

couvert par une instance de ce type.

S'il est désormais acquis que le parcours des personnes souffrant de troubles psychiques doit se construire de plus en plus hors des murs de l'hôpital, notre expérience nous confirme que ce postulat reste néanmoins fragile et les réponses nécessitent d'être organisées. Face à la complexité des situations et des problématiques de santé mentale dans nos villes contemporaines, la politique publique en matière de psychiatrie et santé mentale se doit de porter le projet de création et d'animation de cadres d'action spécifiques. Ceux-ci permettraient de prévenir l'abandon, la stigmatisation, l'exclusion, d'anticiper probablement la crise et la contrainte et renforceraient ainsi l'inclusion sociale des personnes, au plus près de leur lieu de vie. ■