

"POUR UNE CLINIQUE PSYCHOSOCIALE ?"

**Conclusions et perspectives de la journée
du 30 novembre 2005**

**Organisée par la Mission Locale de l'Agglomération de
Limoges**

En partenariat avec le CH ESQUIROL

**Et la participation du RNSPP (Réseau National Souffrance
Psychique et Précarité)**

SOMMAIRE

1) RAPPEL DE LA DEMARCHE.....	1
2) SYNTHESE DES ATELIERS	2
a) Compte rendu de l'atelier «LES ERRANTS »	2
b) Compte rendu de l'atelier «LES ETRANGERS ».....	5
c) Compte rendu de l'atelier «LES MINEURS »	7
d) Compte rendu de l'atelier «LES FOUS »	11
3) SYNTHESE DU RNSPP.....	14
4) CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	17
a) Constats et propositions.....	17
b) Des perspectives de travail à venir.....	19
c) Les propositions concrètes.....	20

1) RAPPEL DE LA DEMARCHE

La journée du 30/11/05 avait pour objet de réunir des partenaires pour mener une réflexion sur la clinique psychosociale.

Initiée par la Mission Locale de l'Agglomération de Limoges (Claire COUSTILLAS, Responsable de la Vie Sociale) en partenariat avec le CH Esquirol (Docteur Jean-François ROCHE), celle-ci devait être le point d'ancrage d'un travail commun sur la souffrance psychique des jeunes.

78 participants ont travaillé dans 4 ateliers à partir des études de cas recueillies au préalable.

Elles étaient le reflet de 4 publics différents qui avaient été identifiés comme pertinents à la suite du retour des questionnaires préalablement adressés à l'ensemble des partenaires.

Le travail de synthèse des différents ateliers et la présentation de la démarche théorique et clinique du RNSPP (Docteur Sylvie ZUCCA et Roland RABOIN, infirmier) ont permis d'identifier des freins, mais aussi d'échanger sur des outils méconnus et de faire des propositions.

Chaque atelier était composé d'un animateur et d'un rapporteur et d'une quinzaine de participants environ.

Chaque rapporteur a produit un écrit, reflet du travail de l'atelier auquel il participait.

2) SYNTHÈSE DES ATELIERS

a) Compte rendu de l'atelier «LES ERRANTS »

Animateur : David BOSLE (CCAS, Educateur de rue)

Rapporteur : Philippe BERES (ALSEA, Educateur de prévention)

Au cours de cet atelier, le contenu des échanges a permis de dégager deux thèmes :

- *l'errance institutionnelle des jeunes placés et les difficultés des institutions*
- *l'errance visible dans l'espace public et ses différentes facettes.*

1. L'errance institutionnelle et les difficultés des institutions.

Cette forme d'errance est le résultat d'une superposition des instances dans l'histoire du placement d'un jeune. Il serait à préconiser au contraire une complémentarité des interventions.

Les conséquences pour le jeune placé sont à l'évidence des manques de repères, une confusion voire de l'incompréhension. Cela va à l'encontre des effets recherchés par l'institution dans l'objectif d'une stabilisation et d'une amélioration de la situation d'un jeune.

Malgré tout un intervenant explique que le passage d'institution à institution permet des points d'ancrage.

D'autres proposent, dans l'objectif d'une meilleure lisibilité et d'un meilleur accompagnement du jeune, la mise en place d'un « référent adulte unique » qui aurait une vision globale de la situation. Ce référent s'inscrivant dans la durée du parcours de vie du jeune.

Il est évoqué au cours des débats les multiples pressions subies par l'institution qui ne facilitent pas toujours une forme de sérénité dans les placements. Ces pressions émanent des magistrats, de la police ainsi que des familles.

Une question voit le jour : « est-ce que les exigences institutionnelles mèneraient à l'échec de certains placements ? »

Un intervenant de la PJJ rappelle que la prise en charge du jeune s'effectue en l'impliquant lui et sa famille dans son orientation et son suivi.

D'autres thèmes sont abordés au cours des débats tels que l'attitude « surprotectrice » de certaines institutions à l'égard des jeunes. Considérant tout de même que les jeunes confiés le sont dans le cadre de mesures de protection.

Un responsable d'une institution évoque leurs difficultés à faire face aux passages à l'acte. D'autant plus que l'on peut noter une dégradation réelle dans l'état psychique des jeunes placés aujourd'hui (entre problématiques sociales et mentales). Certains travailleurs sociaux ressentent un certain sentiment d'impuissance et rencontrent des difficultés à trouver des réponses adaptées aux problématiques du jeune. Le thème de « l'urgence » est abordé : cette notion n'est pas la même pour tout le monde ; l'institution parfois démunie devant certaines conduites de jeunes fait appel en urgence au secteur hospitalier (USIPA par exemple) qui ne considère pas la situation comme urgente. D'où une incompréhension institutionnelle devant ce positionnement.

Un praticien hospitalier rappelle que les structures thérapeutiques peuvent aussi rejeter des patients qui refusent le projet thérapeutique proposé.

Nous avons aussi abordé la place de l'utilisateur (en référence à la loi 2002-2) dans l'institution et sa place de citoyen en y ajoutant des bénévoles.

A ce propos, il est souvent nécessaire de décider à la place du jeune en institution car sa situation ne lui permet pas de prendre de décisions par manque d'autonomie.

Une intervenante hospitalière précise que les seuils de tolérance des institutions hospitalières sont mis à mal et affaiblis par des patients aux conduites délinquantes très marquées.

Il apparaît aussi des carences liées à l'accompagnement et au suivi du jeune après sa sortie de l'institution.

2. L'errance visible dans l'espace public.

L'errance a de multiples visages. Elle concerne des personnes qui ont des parcours de vie chaotiques. Contrairement à certaines idées reçues, la situation d'errance est rarement une situation désirée, un choix délibéré (à part quelques rares exceptions). Elle est toujours synonyme de souffrance aiguë.

Quoiqu'il en soit, les intervenants rappellent à travers leurs différentes pratiques (de l'institution qu'ils représentent) les difficultés de prise en

charge des individus en situation d'errance. La prise en compte du temps et de la durée apparaissent comme essentielles au bon accompagnement des individus en situation d'errance. Une présence régulière et une proximité sur le terrain sont essentielles auprès de ces publics exclus du système.

Un intervenant du système hospitalier rappelle qu'il ne faut pas confondre l'errance pathologique (voyage pathologique : maladie mentale : ex : schizophrénie) et l'errance qui entraîne inévitablement la disparition ou l'affaiblissement de paramètres tels que la référence au temps et à l'espace et à des atteintes corporelles importantes (associées souvent à la consommation d'alcool, de stupéfiants...) compte tenu de la précarité des modes de vie. On note de plus que des publics en errance ont une grande fragilité narcissique.

Par la suite, un débat s'est engagé sur la place des parents et sur l'absence de lieux pour recréer du lien entre les personnes marginalisées et leurs familles. Ces structures étant à considérer comme des espaces de médiation, des sas. Même si on est conscient du fait des difficultés à retisser du lien, à reprendre contact.

D'un avis général, il y a consensus autour de la carence en termes de lieux d'accueil d'urgence pour les personnes exclues.

La commande publique :

On doit traiter le quantitatif au détriment du qualitatif pour lequel nous n'avons pas toujours de réponses adaptées.

Les institutions sont de plus en plus soumises au résultat par les pouvoirs publics. Une intervenante insiste sur le fait que cette pression a des conséquences fâcheuses sur la qualité du suivi et l'accompagnement. Concernant les jeunes, ils doivent être détenteurs d'un projet pour rentrer dans les bonnes « cases ». Un jeune en difficulté « sous contrat » est plus ou moins égal à un objectif. On privilégie plus le nombre de jeunes reçus (les statistiques) que la qualité de l'accompagnement.

En terme de propositions, les participants insistent sur la nécessité de renforcer le partenariat et de développer des réseaux fonctionnels pour une meilleure prise en charge des enfants, des adolescents et des adultes en difficulté.

b) Compte rendu de l'atelier «LES ETRANGERS »

Animateur : Frédéric MARTIN (ARSL, Cadre Socio-éducatif au Centre de Jour)

Rapporteure : Catherine CASIMIR (ARSL, Directrice du Foyer Paul Nicolas)

En préambule on peut noter une grande qualité d'écoute de tous. La parole s'est distribuée naturellement.

Des adresses et des informations ont circulé, c'est peut être le début de nouveaux échanges.

Des constats ont été dressés, quelques solutions proposées

- **L'âge du jeune à son arrivée** est le premier souci ; qu'il ait 18 ans ou plus la prise en charge n'est pas la même. Les services se renvoient souvent la balle, et le jeune est souvent en situation précaire. Il peut être à la fois déclaré mineur par un service et majeur par un autre. C'est toute l'ambiguïté de ceux que l'on appelle les mineurs majeurs !

Un autre souci : si le jeune est pris en charge à son arrivée du fait de sa minorité qu'en sera-t-il lorsqu'il sera majeur ? Peu de contrats jeunes majeurs sont signés, comment alors travailler sur l'avenir ?

Les problèmes de communication : La langue : s'il n'est pas possible de communiquer rien ne pourra exister, **il faut trouver des interprètes**, chaque service se débrouille comme il peut, **rien n'est formalisé**.

Les problèmes identitaires comment les comprendre comment les soigner ? Ici on fait référence aux jeunes qui arrivent en France par des réseaux de passeurs et racontent une histoire qui n'est pas la leur .Comment pourront ils s'y retrouver ? Et comment les aider le moment venu à retrouver leur identité ?

Il est également fait référence aux jeunes, plus souvent des filles, qui arrivent avec des **réseaux de prostitution** avec ce que cela comporte de peur et de souffrances.

Les jeunes arrivant dans des familles déjà installées posent également nombre de soucis, ils sont souvent repérés par l'Education Nationale. Ils arrivent sans être attendus n'ont pas de place dans cette famille, ne sont pas forcément prêts à vivre ici, d'où leurs angoisses.

Toute la difficulté pour un travailleur social est de trouver un appui lorsqu'il a repéré et entendu le malaise. Le manque d'informations sur les structures et les ressources existantes dans ce domaine se fait cruellement sentir.

En règle générale la gestion du traumatisme des étrangers pose problème par manque d'aide et de références. L'interface entre le médical et le social n'existe pas d'où la difficulté à trouver une place pour les personnes en demande.

La gestion des problèmes d'identité culturelle est également posée : dans l'ensemble le travailleur social oublie que les personnes qu'il a devant lui ont des « ressources » il a tendance à faire des démarches que la personne est en capacité de faire : cela a pour effet de perpétuer le manque d'identité.

Les ébauches de propositions

-Des formations existent il faudrait pouvoir les mutualiser et les utiliser comme ressource pour tous les travailleurs sociaux de terrain qui sont en contact direct avec le public « étrangers ».

Un exemple : le projet de médiation socio culturelle.

-Créer un référentiel des structures de soins existantes avec lesquels certains services travaillent déjà et qui pourrait être partagé par toutes les structures. Essayer de créer avec elles un partenariat pour plus d'efficacité

c) Compte rendu de l'atelier «LES MINEURS »

Animateur : Jean-Pierre KIEFFER (ALSEA, Directeur du PFS)

Rapporteuse : Corine DRAY (MISSION LOCALE DE L'AGGLOMERATION DE LIMOGES, psychologue)

Il convient de noter la qualité de l'écoute, ainsi que celle des échanges dans un groupe ou la diversité des membres a démontré une volonté de collaboration.

Les freins

- Pour les services d'insertion qui ne disposent pas de spécialistes, ils se situent dans le repérage, le diagnostic.
- Le milieu rural, se trouve démuné par rapport aux relais.
- Se pose la question des territoires et des limites qu'ils imposent à la prise en charge (cf : la permanence dans le suivi d'un dossier).
- Il est constaté par les personnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) que le répressif prend le pas sur le préventif (ord 45 : PJJ, Assistance Educative : Conseil général).
- La prise en charge des mineurs qui atteignent leur majorité est questionnée, du fait des difficultés actuelles à obtenir des prises en charges jeunes majeurs. Ne faut-il pas adapter nos prises en charges pour donner aux jeunes les moyens d'être autonomes plus rapidement ?
- La méconnaissance des partenaires.
- Le « fil rouge » dans les prises en charge. La multiplication des intervenants, des interventions.

Concernant l'adoption :

- Les freins se situent pour le groupe, dans les ruptures successives. Il est constaté que les ruptures et la délégation de l'autorité parentale sont aussi massives que le désir d'adopter.
- Lorsqu'un adoptant est un parent isolé ?
- L'adoption via des associations ?
- Le manque de clarté des futurs parents ?
- Les demandes d'adoption qui traînent et les propositions du jour au lendemain qui précipitent l'acte entraînent parfois un changement du projet initial (âge de l'enfant, origine, nombre...)
- La mise à mal du couple et des autres enfants ?

Sortie de l'adoption :

- La violence relationnelle est présente pour tous les acteurs. L'institution peut-être mal traitante. Notre impuissance n'entraîne-t-elle pas des prises de décision parfois violentes ?
- La solution est elle dans la rupture ?
- Les médias nous desservent, mettant en avant ce qui ne va pas et rarement ce qui est positif.
- La peur est accentuée depuis quelques temps.
- Le danger est de ne pas considérer le sujet et de se focaliser sur ses comportements.

Les aspects positifs

Il y a une prise de conscience commune :

- On a besoin les uns des autres.
- Se connaître est important pour construire un partenariat efficace.
- La solidarité entre les services est nécessaire.
- Il faut fédérer les besoins, les difficultés pour avancer.
- On ne peut pas travailler seul.
- L'envie est là.
- La création du lien est primordiale.
- La prévention peut être précoce.

Mais aussi :

- Nous échangeons avec les partenaires sur les situations difficiles, même si ceux-ci ne connaissent pas le jeune.
- Il est important de continuer à réfléchir sur les situations, pour ne pas abandonner.
- Le partenariat avec la pédopsychiatrie est apprécié.
- Les réflexions d'équipe, même si elles ne sont pas pluridisciplinaires permettent d'y voir plus clair.
- Les traitements médicaux, même si ils font peur, peuvent parfois permettre de contenir, d'apaiser. La parole venant après.
- Les intervenants s'autorisent plus facilement à noter ce qu'ils constatent et à proposer des ébauches d'orientation aux personnes reçues, tout en faisant le lien avec le partenaire adéquat.

Les relais existent :

- - école
 - - secteur
 - - médecin traitant
 -
- Il paraît important que chaque service définisse ses missions spécifiques. Ceci permet de poser un cadre aux jeunes sans les enfermer, en leur permettant de naviguer de l'un à l'autre.

Les expériences

- Le travail de la psychologue de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- Certaines associations proposent des groupes de parole pour les parents.
- La formation d'Éducateur de Jeunes Enfants.
- Les clignotants (carnet de santé.....)
- Le système mis en place dans l'Éducation Nationale : exclu, inclus.
- Les multi prises en charge des jeunes :
 - Social
 - - Éducatif
 - - Psychologique
 - - Judiciaire
 - -.....

Il serait peut être souhaitable de les recenser pour initier d'autres projets dans ce sens.

Les propositions

Concernant l'adoption :

- Plus de prévention sur l'adoption d'enfants étrangers.
- Des groupes de parole pour les parents adoptants, et en échec d'adoption.
- Un suivi plus important après l'adoption.
- Travailler avec les familles qui passent par des associations.
- Travailler sur la filiation avec des spécialistes avant l'adolescence, ne pas attendre qu'il y ait problème, ne pas laisser passer trop de temps.

Sortie de l'adoption :

- Que la prévention sociale commence plus tôt (avant 6 ans).
- Repositionner l'enfant à sa place, tout en réfléchissant au devenir des adultes, que la notion de référents soit reposée.
- Mener une réflexion sur : Qu'est ce qu'une famille aujourd'hui ?

Prendre en compte la démission des parents. Arrêter de parler d'une famille imaginaire.

- Proposer des lieux : groupes de parents, grands parents, non stigmatisés, espaces ouverts.
- Remobiliser les médecins de famille, se mettre en lien avec eux.
- Renouveler des journées comme celle-ci.

Tous ceci pour donner du sens à l'accompagnement des jeunes.

d) Compte rendu de l'atelier «LES FOUS »

Animateur : Docteur Michel NYS (CH ESQUIROL)

Rapporteure : Dominique ROSSIGNOL (DISSD, Chargée de mission RMI)

Constats

Publics

Différentes populations sont identifiées comme posant problème : population étrangère, malades mentaux conscients ou non de leur pathologie, jeunes n'appartenant à aucune case (ni malade, ni RMI...) mais qui posent un problème de normalité, RQTH avec problème psy, ...

Place et rôle du sujet à la fois dans sa singularité, mais aussi comme sujet situé dans engendrant de la souffrance.

Publics porteurs plus de souffrance que de pathologies avérées (danger manifeste à éviter : médicalisation de cette souffrance)

Pratiques

Questionnement autour de la place de chaque intervenant quel qu'il soit par rapport :

- aux types de relations induites (par ex : mandat ou non, lieu d'intervention.....)
- aux limites des pratiques de chacun
- à la place des représentations réciproques entre usagers et professionnels

Place primordiale du temps : paradoxe entre l'importance de la durée dans la dynamique du changement, de la maturation et la prégnance de l'urgence, de l'immédiateté dans bon nombre de nos pratiques.

Communications entre intervenants : où ? Comment ? Sur quoi ??????.....

Approche globale revendiquée mais aussi alibi d'une approche éclatée, « saucissonnée »

Différences de pratiques, d'expérimentations, entre les territoires, entre les départements, au sein d'un même département, entre rural et urbain, entre urbain entre quartiers... → importance d'analyser et connaître chaque contexte.

Regrets importants par rapport à la baisse voire l'absence de véritables pratiques et politiques de prévention.

Contexte et partenariat

Démultiplication et multiplicité des structures et des dispositifs → interrogation du lien entre les diverses instances et des modalités d'échange.

Héritage de l'histoire de la psychiatrie construite à travers une approche nosographique pas forcément adaptée aux problématiques actuelles rencontrées dans le champ de nos pratiques.

Représentation de la place du psychiatre comme « expert présumé » nécessitant d'être bémolisée et resituée.

Décodage culturel de la maladie mentale ; quel sens et place dans d'autres sociétés ? Champ peu investigué et pourtant essentiel dans certains cas

Expériences

PDITH 19 : mise au travail d'autistes
Présence des familles lors des consults' psy
Nouveaux relais pour libérer les familles
Approches globales

Propositions

Concepts et pistes de réflexion

Appréhender le champ de la clinique psychosociale comme un nouveau champ devant se forger ses propres outils et compétences

Créer une (ou des) nouvelle(s) profession(s)

Construire un langage commun aux intervenants concernés

Lieux et temps partagés de (re)lecture des situations où l'environnement serait intégré à la singularité du sujet

Mixer et décloisonner le médical et le social mais aussi le social et l'économique et le politique

Organisation

Etat des lieux de l'existant local

Comment repérer l'interlocuteur adapté

Bannir la position de monopole y compris celui du tout « puissant psychiatre »

Souhait de réaliser des études pluridisciplinaires

S'appuyer davantage sur le réseau des médecins généralistes

Structures permanentes et légères souhaitées

Favoriser et utiliser toute initiative porteuse de lien social

Imaginer et / ou développer une intervention intégrant les éléments relatifs au contexte du sujet

3) SYNTHESE DU RNSPP

Docteur Sylvie Zucca et Roland Raboin (infirmier)

Le réseau « Souffrances et précarité » dans lequel nous travaillons est une équipe de psychiatrie mobile travaillant en partenariat direct avec le Samu social de Paris : un psychiatre temps plein, un psychiatre psychanalyste à mi temps, trois infirmiers psychiatriques, une psychologue, une chargée de mission et une secrétaire constituent ce réseau.

Les missions de ce réseau sont plurielles : « aller vers » les personnes qui nous sont signalées par le Samu social, dans les rues ou les centres d'hébergements, et les centres de soins est la plus importante de ces missions; il s'agit soit de personnes porteuses manifestement de pathologies psychiatriques avérées (grandes psychoses chroniques, par exemple), soit de personnes allant très mal, du fait de leurs conditions de vie très désocialisées depuis parfois des décennies.

Il s'agit pour nous de réinscrire ceux qui ont besoin de soins au long cours dans le trajet de droit commun des soins, par exemple un CMP, ou simplement d'évaluer la possibilité de renouer un lien avec une personne vivant dans un abandon majeur. Ce travail est un travail de lien, avec les personnes, les équipes, les hôpitaux, les dispensaires. C'est un travail qui demande un engagement dans un temps parfois très lent, inversement proportionnel à l'importance des processus de désocialisation qui se sont mis en place.

En effet, après plusieurs années de vie dans la rue, la notion de temps, d'espace, d'échange, de paroles, changent : les codes de la vie à la rue ne sont plus les mêmes. L'alcoolisation majeure qui accompagne souvent (pas toujours) ces trajets d'errances chroniques complique encore la lecture clinique que nous pouvons essayer de réaliser.

Bien sûr, il faut prendre garde à ne pas mélanger la « souffrance psychique » inhérente au fait de vivre ces conditions de survie très dures, et les problématiques des malades mentaux : ces derniers existent dans la rue, ils ne sont pas la majorité des SDF, loin de là.

La fermeture, ces vingt dernières années, des hôpitaux psychiatriques comme lieu de soins chroniques, est en partie responsable de la présence de ces vieux et jeunes malades mentaux dans nos rues : car à ces coupes drastiques de possibilités d'hospitalisation, pour raisons économiques, ne se sont pas assez développées de situations alternatives, tels appartements thérapeutiques,

pensions de familles, foyers. Les patients se sont retrouvés sans soin, isolés, abandonnés à eux mêmes.

Mais il en est aussi qui ont fugué d'institutions de soins, critiquant un soin aujourd'hui beaucoup trop réduit à la médication, sans espoir de resocialisation parallèle.

La rue devient alors le lieu où ils tentent d'aménager tant bien que mal leur vie au jour le jour, « aménageant » leur délire comme ils peuvent. Je pense à certains vieux errants, atteints de psychoses chroniques, avec lesquels nous faisons un travail de veille dans la rue, et que nous avons beaucoup de mal à faire bouger, tant cet « aménagement » entre délire, désocialisation chronique, et parfois alcool est devenue chronique.

Ce sont alors des mois et des mois qui peuvent être nécessaires (quand cela est possible) pour les convaincre de venir partager une collectivité qu'ils refusent souvent. Les autres problèmes psychiatriques peuvent être liés à des décompensations aiguës de schizophrénie au cours d'un voyage, d'une errance pathologique. Les bouffées délirantes en lien avec la prise de toxiques, les décompensations alcooliques sur un mode de délire ne sont pas rares.

Il est important de ne pas faire l'équation maladie mentale = violence.

La violence est plutôt liée aux effets des drogues et de l'alcool pris en quantité affolante.

Les autres problèmes psychiatriques que nous observons sont les grands syndromes dépressifs, allant jusqu'à la mélancolie, avec un abandon de la personne qui se laisse glisser jusqu'à ne plus pouvoir dire « je ». Dans ces grands tableaux, souvent très morbides, il est difficile de faire la part des processus de désocialisation chronique et des processus psychiatriques purs, tant les deux finissent par s'enchevêtrer.

Notre travail vient cruellement buter sur le manque de structures en amont, peut être particulièrement à Paris, mégapole qui draine les parisiens, les banlieusards, les français, et aussi tous les exclus du monde entier. Ce processus existe bien sûr aussi en province, mais sans cet effet de masse terrible que nous vivons à Paris.

Ce qui est terrible, c'est de voir des personnes, qui ne sont pas malades, mais plutôt des écorchées de la vie, qui ont souvent un passé émaillé de ruptures, de coupures, affectives, sociales, professionnelles, se perdre dans ce non mode de vie, se diluer dans un no man's land sans espoir. La dégradation aussi bien somatique que psychique peut être rapide, surtout dès lors que l'alcool est instauré comme compagnon de rue obligatoire.

Aujourd'hui, les phénomènes inquiétants, repérés par toutes les associations, sont l'arrivée des femmes, des jeunes, en quantité croissante.

Les femmes sont particulièrement à risque dans la vie de la rue, certaines étaient, avant leur arrivée, très alcoolisées, fragiles, atteintes parfois de maladies psychiatriques avérées.

Les jeunes peuvent aussi bien être des jeunes errants ponctuels que des jeunes qui n'ont plus aucun port d'attache, extrêmement fragiles : ceux d'entre eux qui rencontreront la toxicomanie, garçons et filles, se retrouveront à risque de connaître tous les circuits sociaux de l'exclusion, avant de pouvoir, pour certains, se poser, faire un travail de psychothérapie, par exemple.

Ces jeunes doivent être aidés, à retrouver une image d'eux plus valorisée, par un ancrage social, une aide qui les met en position d'acteur de leur vie, et non pas uniquement en position passive. Il faut qu'ils puissent penser un avenir. Là aussi, des expériences passionnantes existent partout en France, mais en nombre insuffisant.

Et puis, autre présence forte, les personnes en attente de régularisation, avec familles, enfants très jeunes, qui vivent souvent dans l'effroi leur clandestinité, et peuvent, au bout de quelques années, sombrer dans des épisodes dépressifs, des délires. La survie à la rue est un processus psychiquement très coûteux, d'autant plus coûteux que n'existe plus d'espoir de « s'en sortir ». A l'inverse, dès qu'existe un maillage amical, un réseau, un lien familial quelque part, le risque de sombrer est déjà moins fort.

C'est pour cela que l'urgence aujourd'hui, est d'inventer des lieux de vie humains, pérennes, car plus le temps de l'errance se substitue à notre temporalité, plus il devient difficile pour la personne de revenir dans nos schémas de représentation d'un monde digne.

Ceux qui sont malades mentaux, parmi ces personnes, doivent aussi bien avoir la possibilité de vivre quelque part, quitte à aller, venir, repartir, le temps nécessaire - avant de se réhabituer à une vie sédentaire..

On ne peut parler de la vie à la rue en séparant les effets sur le corps, sur le psychisme et sur la relation au monde environnant de la personne : de la même manière, les solutions à inventer sont elles aussi plurielles, et concernent simultanément le champ social, médical et parfois psychiatrique(parfois seulement) : le travail de rue passe par cet obligatoire décroisement des institutions et des savoirs : ainsi, il vient aussi nous protéger, comme soignants, contre trop de découragement, ou trop de toute puissance.

4) CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Cette journée a été l'occasion de créer un moment d'échange et de communication.

Les conclusions des ateliers témoignent du niveau d'écoute et de la qualité des interventions.

Elle a déjà atteint un objectif, celui de rapprocher les institutions, mais aussi de mutualiser un certain nombre de connaissances, et de s'accorder sur des besoins et certaines propositions de travail.

a) Constats et propositions

Un travail de proximité et d'accompagnement est nécessaire en direction de ce public à la marge.

La place de l'utilisateur est interrogée et ce malgré la loi 2002/2.

Son statut juridique peut être un frein à l'accompagnement (ex: mineur étranger).

Une adaptation des prises en charge pour plus de cohérence et d'autonomisation des individus est souhaitée (ex : mineurs, jeunes majeurs)

L'idée d'un référent unique de leurs parcours est envisagée, ainsi que celle du suivi des institutions à leur sortie.

La notion de prévention sociale précoce est abordée.

Il existe parfois une surprotection des institutions en direction des individus dont elles ont la charge.

Elles semblent inadaptées à l'évolution des problématiques des individus (trop cloisonnées dans des champs de compétence avec exclusion des individus à la marge).

Cependant, ce constat amène à interroger la définition par chacun de son champ de compétence pour le rendre plus lisible, à la fois pour l'utilisateur et pour les autres partenaires.

Il y a nécessité de formation des acteurs. Travail en interne à mener pour les institutions sur cette problématique, mais aussi sur des thématiques particulières (ex : étrangers, langue, culture...), transversales, interpellant l'ensemble des partenaires compétents sur la question.

Il existe un problème de coordination et une sous utilisation des dispositifs existants par méconnaissance et manque de communication.

Une mutualisation des connaissances et un travail de réseaux permettraient de mieux identifier l'existant.

La création d'un référentiel de structures existantes viendrait répondre à cette carence.

La notion de temps est questionnée à deux niveaux :

-Il est fait état de l'importance de **prendre le temps de l'accompagnement** en contradiction parfois avec les exigences institutionnelles.

-D'autre part la question de **l'urgence** ne se pose pas de la même manière suivant le point de vue où l'on se place : celui **du travailleur social n'est pas forcément celui du psychiatre.**

Des lieux d'accueils d'urgence semblent faire défaut.

La place de la psychiatrie et son adaptation fait débat.

Il semble important de **différencier l'errance pathologique** (maladie mentale diagnostiquée : ex schizophrénie) **de l'errance sociale** liée à une précarité qui engendre une souffrance psychique (avec des symptômes proches : baisse des repères, problèmes identitaires...). Cela ne nécessite pas le même type de prise en charge et de relais. Il y a une **réelle difficulté d'accompagnement** pour des **publics très désocialisés** pour lesquels l'origine des symptômes devient compliquée à diagnostiquer...

La situation économique et sociale n'est pas étrangère à l'apparition de cette souffrance psychique et des besoins de l'évolution de la prise en charge de ces nouveaux publics qui interrogent les pratiques et déstabilisent les acteurs du médico-social.

Le milieu rural témoigne de déficits de moyens par rapport à l'urbain.

Ces questions interpellent donc le niveau politique sur des réponses en matière d'emploi et d'accès aux droits (travail, logement, santé, revenu minimum..).

Les politiques publiques sont donc interrogées sur leur niveau de responsabilité et sur les moyens à mettre en œuvre (emploi, mais aussi réponses institutionnelles en terme de moyens humain et matériels)

Les pressions exercées sur les institutions et les individus en matière de résultats sont parfois en contradiction avec la qualité de l'accompagnement en direction des usagers.

Même si l'évaluation est nécessaire, les participants s'accordent à reconnaître que la rationalité et les demandes sur le quantitatif viennent parasiter les exigences des acteurs de terrain sur le qualitatif. Cela participe de la pression sur les individus et obère d'une certaine manière déjà la qualité des résultats.

Le constat d'un déficit de prises en charges entre la psychiatrie et le social amène à imaginer la création de lieux intermédiaires venant répondre aux besoins de ce public à la marge.

Espaces de socialisation, tenant compte du tissu local et du maillage du territoire, mutualisant des moyens (structures, moyens humains : ex métiers: médecins; infirmiers éducateurs...).

A la fois à partir de l'existant mais aussi dans l'éventualité de création d'espaces souples simples et adaptés aux besoins du public dans le cadre d'un accompagnement individualisé avec un référent mobilisant les acteurs et compétences adaptées.

Cela nécessite un diagnostic pertinent en amont de la prise en charge.

b) des perspectives de travail à venir

La qualité des échanges de cette journée confirme une évolution dans le travail partenarial et cette problématique rassemble les acteurs, là où parfois ils furent divisés : chacun renvoyant à l'autre son incompetence dans le suivi. Cela permet d'identifier pour chacun des champs son obligation de travailler avec l'autre, de partager des spécificités professionnelles avec une réflexion commune, là où traditionnellement on « saucissonnait » les individus.

Cela amène au constat que l'on doit s'enrichir des compétences de l'autre en direction d'un sujet; celui dont on a la charge : le social comme le médical ne peut agir seul.

Il est envisagé la création d'ateliers permanents des acteurs qui pourraient servir de veille sur cette problématique pour que l'ensemble des intervenants soit au courant des outils mis à leur disposition, pour répondre au mieux aux besoins des usagers, sans perte d'énergie et de manière plus rationnelle et moins coûteuse.

Cette démarche de mutualisation des connaissances renvoie à la responsabilité de chacun, mobilise les énergies et les compétences et valorise le travail de chacun, donne une place à tous et agit sur un principe de solidarité professionnelle en direction des usagers et permet d'enrichir la pratique de chacun.

Elle a pour conséquence aussi de désamorcer les inquiétudes et angoisses des professionnels et des institutions en donnant des outils, des moyens d'échanges et de pratiques, et de réponses. **C'est une lutte contre l'usure professionnelle.**

c) Les propositions concrètes

Une réunion de travail a eu lieu en juin 2006 avec certains des animateurs et rapporteurs des ateliers.

Elle nous a permis d'identifier au moins deux directions à donner à la poursuite du travail mené lors de cette journée sur la clinique psychosociale du 30 novembre 2005.

La première est la programmation d'une journée de réflexion pour l'ensemble des partenaires, d'ici la fin 2006 sous forme d'ateliers dont les thèmes s'appuieront sur les conclusions issues de ce premier travail.

Certains thèmes ont été identifiés :

-Espaces intermédiaires entre psychiatrie et social.

-Se connaître et travailler ensemble.

-Le référent unique.

-La voie sans issue de l'accueil d'urgence.

-Le rural : un déficit de moyens.

D'autre part, la mise en place de ce type de journées dont le caractère peut devenir régulier n'exclut pas une **deuxième proposition qui tendrait à organiser des ateliers de réflexions permanents**, dont l'objet et la forme pourraient être structurés lors de cette prochaine réunion de travail fin 2006.