

L'articulation du sanitaire et du social

L'articulation du sanitaire et du social

3^e édition

Préface de Jean-François Bauduret

Marcel Jaeger

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2012
ISBN 978-2-10-057657-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

CETTE NOUVELLE VERSION augmentée tient compte des évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis la précédente édition (2006). Parmi ces changements, la loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », dite « loi HPST » a des implications considérables sur les questions abordées dans ce livre. En effet, elle efface pour partie le clivage institué entre le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et des familles. Elle déplace les lignes de partage entre des mondes longtemps étrangers l'un à l'autre. Désormais, le secteur médico-social, placé sous la compétence des agences régionales de santé (ARS), se détache du secteur social proprement dit et s'intègre dans le périmètre de la santé. En fait d'articulation entre le sanitaire et le social au sens large du terme (donc englobant le médico-social), nous avons plutôt aujourd'hui un problème d'articulation entre le sanitaire et le médico-social d'une part, le social au sens restreint d'autre part. Cependant, le titre de ce livre reste inchangé, car les distinctions entre « le sanitaire et le social » subsistent du point de vue des problèmes que connaissent les personnes, des représentations sociales, de beaucoup de dispositifs et des catégories professionnelles impliquées.

Marcel Jaeger
Mars 2012

Préface

POUR ceux, encore trop peu nombreux, qui s'intéressent aux interactions entre santé mentale, psychiatrie, médico-social et social, on ne présente plus Marcel Jaeger. Mais il en est d'autres, encore trop nombreux qui, concernés par ce champ, seraient bien inspirés de faire connaissance avec sa pensée originale et d'interroger leurs pratiques à la lumière de ses analyses. Il s'agit principalement des professionnels qui abordent les problèmes auxquels ils sont confrontés, soit avec « des lunettes thérapeutiques », soit avec « des lunettes éducatives, pédagogiques et sociales » et qui, trop souvent, accusent leurs collègues circulant sur l'autre rive d'utiliser des prothèses visuelles inadaptées à la réalité du psychisme des individus en souffrance.

Est-il besoin de faire observer que ladite réalité ne se laisse nullement enfermer dans des interprétations parcellaires, réductrices, lacunaires, en un mot idéologiques, où les enjeux de pouvoir prennent le pas sur une objectivité minimale et un pragmatisme résistant à l'épreuve des faits ?

Bonne fille, bien que l'on puisse la soupçonner de plus d'indifférence que de compassion, la réalité répugne à prodiguer des signes trop évidents stigmatisant les erreurs d'analyse de certains professionnels du champ sanitaire et social. Il reste toutefois que les individus les plus invalidés dans leur vie psychique font trop souvent les frais de prises en charge inadaptées, parce qu'amputées de composantes essentielles, nécessaires aux sujets souffrants, paramètres évacués par une pensée monomorphe et souvent totalisante. Les résultats observés sont alors à la hauteur de l'absence d'approche multidimensionnelle de ces professionnels et donc décevants : l'individu résiste, le « patient » fait preuve d'impatience et se rebelle ou, à l'inverse, se mure dans ses

symptômes et laisse glisser sur lui l'inefficacité, née de l'incomplétude, des approches qui lui sont proposées.

C'est dire que cet ouvrage original, porteur d'une pensée roborative, à la fois œcuménique, transversale et multidimensionnelle, paraît aussi destiné à celles et ceux qui considèrent trop souvent qu'il existe une solution univoque aux problèmes psychiques de leurs concitoyens. Les analyses du présent livre circulent, en effet, dans les multiples champs du sanitaire, du médico-social et du social, retenant au passage leurs apports respectifs dans une pensée qui transcende à la fois le « tout thérapeutique » et le « tout éducatif » pour se hisser à un niveau supérieur de compréhension du réel.

La démarche empruntée par Marcel Jaeger reflète à cet égard son itinéraire pluridisciplinaire et éclectique, tant par sa formation que par sa pratique professionnelle : licencié en philosophie, docteur en sociologie, diplômé de l'Institut d'études politiques de Paris, infirmier de secteur psychiatrique, ancien directeur de structures médico-sociales et de formation, permanent un temps à la Mission nationale d'appui en santé mentale, aujourd'hui titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale au Cnam. Il n'est donc pas étonnant que le présent ouvrage soit la parfaite illustration du nécessaire dépassement du clivage « maladie mentale — handicap mental ».

Nous avons tous bien connu les querelles d'écoles entre maladie et handicap et on a trop souvent opposé la maladie mentale (appréhendée comme curable, donc temporaire) au handicap mental (défini comme stable, donc permanent). Cette opposition de concepts n'a aucun sens en psychiatrie de service public et ces deux notions ne sont en réalité ni antinomiques ni parfaitement superposables. En effet, les travaux de Philip Wood, repris par l'Organisation mondiale de la santé, ont bien montré que le handicap résultait de la combinaison et l'interaction de quatre composantes :

- le processus morbide défini par le diagnostic ;
- l'altération des fonctions et des organes qui peut en découler, appelée déficience ;
- la limitation des gestes et actes élémentaires de la vie ordinaire, appelée incapacité ;
- les limites dans l'accomplissement d'un rôle considéré normal dans la société, définies comme un désavantage social.

Le schéma de Wood¹ était donc un modèle dynamique où rien n'est figé. Et si la déficience, l'incapacité et le désavantage sont souvent la conséquence de la maladie, une évolution de l'une des composantes peut avoir un effet direct sur un ou plusieurs des trois autres plans. On comprend mieux alors le caractère artificiel du clivage entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des personnes dont le « handicap » résulte d'une affection psychique très invalidante, pour lesquelles une démarche globale est nécessaire, en faisant appel à une palette d'approches diversifiées jouant sur les divers registres de la maladie, de la déficience, de l'incapacité et du désavantage.

Un tel livre se devait d'aborder ensuite les dispositifs en réseaux, le problème des conventions et des partenariats, celui de l'application de ces concepts entre le champ social ou médico-social et la psychiatrie publique. J'apprécie tout particulièrement la définition que donne l'auteur du réseau, à savoir « un mixte entre une nouvelle conception de l'organisation, par intégration de la complexité et de l'incomplétude des systèmes existants, et un tissage relationnel en prise directe avec une demande sociale non satisfaite ». C'est dire toute la difficulté de construire des réseaux efficaces, autrement qu'en équilibre instable, et donc dire la difficulté d'en concevoir leur reproduction sans les « bureaucratiser ». On notera également le souci de Marcel Jaeger d'éviter les considérations générales désincarnées : à cet égard, ses études de cas concrets relatives aux relations entretenues entre la psychiatrie publique et les ESAT d'une part, les CHRS d'autre part, sont particulièrement éclairantes sur l'intérêt mais aussi sur les obstacles résultant de ces partenariats.

La lecture du présent ouvrage est particulièrement stimulante : à ce titre et parce que je participe (modestement, partiellement, mais directement) à l'élaboration des politiques publiques, elle m'inspire cinq séries de réflexions :

- La première porte sur ma pratique administrative, lorsque j'avais la charge des problèmes de psychiatrie entre 1983 et 1994 à la Direction générale de la santé d'abord, en cabinet ministériel ensuite, puis à la Direction des hôpitaux.

L'essentiel du travail accompli s'est centré sur la réorganisation des soins psychiatriques proprement dits, laissant largement en friche la

1. Classification internationale du handicap (CIH), remplacée par l'OMS en 2001 par la Classification internationale du fonctionnement humain, de la santé et du handicap (CIF).

réinsertion sociale et professionnelle des malades mentaux stabilisés et l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, comme en témoigne une succession de textes encore trop prisonniers d'une logique strictement sanitaire.

La liste non exhaustive qui suit en est une bonne illustration : légalisation du secteur psychiatrique par la loi du 25 juillet 1985, unification des financements des soins entre l'intra et l'extra-hospitalier par les lois des 30 et 31 décembre 1985, organisation de la sectorisation et des alternatives sanitaires à l'hospitalisation par le décret et l'arrêté du 14 mars 1986, réorganisation des unités pour malades difficiles et des services médico-psychologiques régionaux en milieu pénitentiaire par les arrêtés des 14 octobre et 14 décembre 1986, publication du *Guide méthodologique de planification en santé mentale* en décembre 1987, réorganisation du fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique par l'arrêté du 1^{er} octobre 1990, mise en place en 1988 d'un système d'information informatisé, fondé sur une fiche par patient décrivant son itinéraire thérapeutique, circulaire du 14 mars 1990 refondant la politique de santé mentale (mais qui abordait encore insuffisamment les problèmes de réinsertion sociale), loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des malades mentaux hospitalisés (loi « sanitarisant » notamment les hospitalisations sans consentement), circulaires du 30 juillet 1992 et du 14 mars 1993 relatives, respectivement, à la prise en charge des urgences psychiatriques et aux nouvelles procédures de planification en santé mentale (découlant de la réforme hospitalière de 1991)...

Tous ces textes ont probablement contribué à l'évolution de la psychiatrie (encore que certains d'entre eux mériteraient aujourd'hui des actualisations substantielles), mais ce corpus législatif et réglementaire n'a que très incidemment abordé les aspects d'insertion sociale, professionnelle ou en institutions médico-sociales des personnes psychiquement invalidées, si ce n'est sur un mode trop incantatoire et peu opérationnel. À ce titre, Marcel Jaeger dépose une pierre dans mon ancien jardin en déclarant, comme le Conseil économique et social, « que la France dispose certes d'une politique de psychiatrie, mais non d'une politique de santé mentale ».

- La deuxième réflexion a trait à la nature même de la discipline psychiatrique : la psychiatrie de service public a parfois des difficultés à se positionner sur l'échiquier de notre dispositif sanitaire et social.

Bon nombre d'équipes psychiatriques se considèrent, en effet, en marge des disciplines hospitalières traditionnelles et récusent le modèle

médical organiciste issu des disciplines de court séjour. À l'inverse, ces mêmes équipes souhaitent se différencier du modèle médico-social et social résultant des lois de 1975 au sein duquel les méthodes éducatives, pédagogiques ou d'insertion sociale prenaient le pas sur la dimension proprement thérapeutique. Dans la réalité, la psychiatrie, lorsqu'elle est confrontée à des pathologies mentales lourdes et au long cours, et notamment la psychose, constitue bien une « discipline bio-psycho-sociale » où doivent se conjuguer une approche médicamenteuse, une approche psychothérapeutique et une approche sociale. Le législateur ne s'y est d'ailleurs pas trompé lorsqu'il a défini à l'article L. 326 du Code de la santé publique les missions des équipes de psychiatrie de secteur : « La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. » La séquence couverte allant de la prévention à la réinsertion sociale, on peut ainsi considérer que la psychiatrie est une discipline véritablement médico-sociale, non pas au sens juridique du terme tel que cela avait été défini par les lois sociales de 1975, mais dans sa réalité profonde.

Les équipes de psychiatrie sont, à l'évidence, directement concernées par les actions de diagnostic, les soins intensifs qu'ils soient hospitaliers ou extra-hospitaliers, ainsi que par les soins de réadaptation qui sont le prélude indispensable à une bonne insertion sociale. Toutefois, pour ce qui est de la prévention comme de la réinsertion sociale, les équipes de psychiatrie ne détiennent pas d'exclusivité dans ces domaines pour lesquels il convient de mener des actions en partenariat avec d'autres acteurs et décideurs, dans le cadre de réseaux de santé mentale, et non plus au sein d'un réseau de psychiatrie.

Ce point est bien décrit par la circulaire du 14 mars 1990 qui a refondé, trente ans après la circulaire du 15 mars 1960, les grandes orientations de la politique de santé mentale. Cette circulaire avait par ailleurs préconisé la mise en place de conseils de secteurs, afin que sur une même circonscription géographique, un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux concernés puissent conjuguer et coordonner leurs actions pour développer des programmes en réseaux, notamment sous la forme de ce qui est aujourd'hui appelé les « réseaux ville-hôpital ». On peut toutefois déplorer que de tels conseils aient été trop rarement mis en place.

Tout en comprenant fort bien que la psychiatrie est, elle aussi, confrontée à un problème de moyens qui ne lui permet pas toujours

d'assurer correctement des activités nouvelles, on peut toutefois constater que, trop fréquemment, les équipes de psychiatrie attendent de voir émerger une demande de soins sans toujours pratiquer une psychiatrie communautaire, alliant à des actions de prévention en amont, des programmes de réinsertion sociale en aval, en partenariat notamment avec les élus et les travailleurs sociaux. Or, tout en évitant une psychiatrisation abusive de la société, il doit être clair que la psychiatrie se doit d'apporter une contribution qui peut s'avérer précieuse dans le champ social et médico-social, qu'il s'agisse des adolescents, des personnes handicapées, des personnes âgées et plus largement des populations en situation de précarité ou d'exclusion.

- Ma troisième observation porte sur l'outil introduit par article 51 de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, offert à la psychiatrie pour diversifier son action.

La psychiatrie a souffert, plus que toute autre discipline du « mur de Berlin » existant entre la législation hospitalière, dont elle relève principalement, et les deux lois sociales de 1975. Nous avons évoqué plus haut les travaux de Wood et montré ce qu'ils induisaient en termes d'approches diversifiées au sein des prises en charge à promouvoir. Ces analyses nous permettent alors de mieux comprendre les enjeux de l'article 51 de l'ordonnance hospitalière n° 96-346 du 24 avril 1996 qui a réformé l'article L. 711-2-1 du Code de la santé publique : dorénavant, « les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services sociaux et médico-sociaux » visés par les deux lois de 1975, pour autant que ces opérations répondent « aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfassent aux règles de procédures énoncées par les lois susmentionnées ».

Au-delà du seul champ de la santé mentale, ce décloisonnement était incontournable, au regard de l'apparition et du développement de bon nombre de pathologies au long cours qui ont permis de mesurer à quel point l'étalement entre le sanitaire et le social pouvait constituer un frein à l'innovation et à la mise en place de programmes réellement adaptés à certaines catégories de population. Pensons notamment, outre aux malades mentaux, aux victimes du Sida, aux toxicomanes, aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences, aux personnes autistes, aux traumatisés crâniens, aux patients porteurs d'une maladie dégénérative au long cours, aux malades en fin de vie... Pour toutes ces personnes, dont la liste n'est d'ailleurs pas limitative, il apparaît impérieux de développer des prises en charge réellement « médico-sociales », au sens étymologique du terme, où puisse se

conjuguer en contrepoint d'un projet de soins, un véritable projet de vie, d'animation, de socialisation, voire de réinsertion en milieu ordinaire, sans évoquer les diverses techniques de maintien à domicile et les multiples formules, sanitaires ou sociales, alternatives à une hospitalisation à temps complet.

Ce nouveau dispositif est tout particulièrement utilisable en psychiatrie, à l'occasion des transformations des capacités en lits encore surdimensionnées, afin de compléter, par des alternatives médico-sociales à l'hospitalisation, les structures alternatives purement sanitaires décrites dans l'arrêté du 14 mars 1986. En effet, si le rapport de l'IGAS de décembre 1994 sur l'hospitalisation des personnes âgées en psychiatrie montrait que l'inadéquation de ces personnes dans les services de psychiatrie était devenue pratiquement négligeable, en revanche ce même rapport relevait que la majorité des inadéquations en hospitalisation concernait des malades mentaux adultes, déclarés « handicapés » par les COTOREP, très invalidés dans leurs capacités décisionnelles et relationnelles, mais qui étaient cependant relativement autonomes quant aux actes essentiels et élémentaires de leur vie courante. On perçoit alors tout l'intérêt présenté pour un établissement de santé, gérant des secteurs de psychiatrie, de créer et de gérer un ESAT, une MAS ou un foyer hébergement, médicalisé ou non, pour adultes handicapés mentaux.

Il reste qu'il convient d'être particulièrement exigeant sur les critères qualitatifs de ces nouveaux modes de gestion et d'éviter impérativement « la rentabilisation des pavillons de psychiatrie en perte de vitesse ». De tels locaux sont en effet inadaptés à la mise en œuvre de véritables projets de vie dans le cadre d'une architecture conviviale et adaptée. À ce titre, des référentiels de qualité dans le cadre d'un guide méthodologique, ont été amorcés avec l'appui d'un groupe d'experts, piloté par les trois directions concernées du ministère des Affaires sociales, afin de bien cadrer les critères de « bon usage » de l'article 51 de l'ordonnance, sans préjudice de l'application des obligations légales détaillées dans la circulaire d'application du 20 février 1997.

À ces divers impératifs près, la psychiatrie de service public a tout intérêt à élargir sa palette de structures alternatives à l'hospitalisation, à la fois sanitaires, médico-sociales et sociales, afin d'assurer la totalité de ses missions, telles que définies à l'article L. 326 du Code de la santé publique. Il reste entendu que la « régie directe » par l'hôpital de structures médico-sociales peut constituer une phase transitoire, préliminaire à une régie associative autonomisée.

Une réflexion, très présente dans le livre de Marcel Jaeger, est également à conduire sur les problèmes de santé mentale des personnes en situation de précarité sociale et d'exclusion.

Au regard de la morbidité observée dans la population générale, on a pu repérer une « surmorbidité » chez les allocataires du RMI, maintenant du RSA, de l'ordre de + 59 % pour ce qui concerne les troubles de santé mentale, incluant les effets de certaines conduites addictives, telles l'alcoolisme ou la toxico-dépendance. Il s'agit de la troisième cause de surmorbidité après les troubles respiratoires (+ 146 %) et les affections dermatologiques et cutanées (+ 63 %). Ces trois affections ont été classées dans le même ordre dans la plupart des études faites par les Boutiques de solidarité, la vocation de ces derniers dispositifs n'ayant pas seulement été d'accueillir des bénéficiaires du RMI ou du RSA, mais toute personne en situation de précarité ou d'exclusion.

La prévalence des problèmes de santé mentale et des troubles du comportement est lourde de conséquences quant à l'efficacité des projets d'insertion de ces personnes, d'autant que les troubles mentaux sont à l'origine d'environ 50 % des cas d'inaptitude professionnelle. Si le RSA, par la solvabilité financière qu'il octroie, peut avoir un effet positif sur la santé des allocataires, plusieurs effets pervers sont à prendre en compte :

- joue d'abord « l'effet stock », autrement dit l'ancienneté dans l'exclusion : plus de 37 % des allocataires inactifs depuis au moins cinq ans ont des problèmes de santé, contre 17 % des inactifs depuis moins d'un an (étude CERC) ;
- l'accès à la santé ne constitue pas une priorité pour les personnes le plus désinsérées : faute d'une représentation positive du futur, les exclus vivent l'instant présent et n'investissent pas sur l'amélioration de leur santé ;
- plus grave encore : lorsque l'insertion ou la réinsertion sociale n'aboutit pas, certaines personnes concernées, pour « gérer » leur découragement, peuvent trouver dans la maladie un alibi à leur exclusion ;
- lorsqu'il y a une demande de soins et une réponse à cette demande, il n'est pas nécessairement observé une amélioration de la morbidité réelle ou ressentie, notamment dans les cas de pathologies d'ordre psychosomatique.

Au total, la médecine, et singulièrement la psychiatrie, connaît de grandes limites lorsqu'il s'agit de soigner la dimension psychiatrique d'une « pathologie sociale » qu'est l'exclusion et dont on ne sait pas laquelle est la conséquence de l'autre. Les acteurs de santé mentale sont souvent, de surcroît, confrontés à une absence de demande formalisée et la marge de manœuvre est étroite entre une psychiatrisation infondée de l'exclusion et la non assistance à personne en danger.

Divers rapports ont fait des propositions sur ce thème. J'en citerai deux : le rapport *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale* (février 1995) issu du groupe de travail présidé par Hélène Strohl (IGAS) et le rapport *Psychiatrie et grande exclusion* (mai 1996), rapport élaboré par un groupe de six psychiatres à la demande du secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence. Les réflexions qui suivent s'inspirent partiellement de ces deux rapports sur la nature des prestations à développer.

Il convient de distinguer deux missions principales dévolues aux acteurs de santé mentale dans la lutte contre l'exclusion.

1. *Les prestations directement servies aux personnes en situation de précarité et d'exclusion* : au regard des problèmes de santé mentale des exclus, les techniques d'approche et de connexion au dispositif de soins peuvent être très différentes lorsque le professionnel est confronté :

- à une personne adulte, sans domicile fixe, « installée » dans sa marginalité, qui ne sollicite aucune aide médicale malgré des problèmes psychiques majeurs ;
- à un adolescent évoluant dans un ghetto urbain, pour lequel s'entremêlent des problèmes familiaux, scolaires ou professionnels, de délinquance, de toxicomanie, et qui non seulement ne formule aucune demande, mais récuse toute aide psychologique pourtant nécessaire dans certains cas ;
- à un allocataire du RSA, porteur de troubles psychiques, mais motivé pour réussir son parcours de réinsertion ;
- au regard de la diversité des problèmes rencontrés, le dispositif d'aide à la santé mentale devrait comprendre trois niveaux fonctionnant en réseaux :
 - des équipes mobiles², répondant à la mission « aller au devant » pour ceux qui ne formulent aucune demande, voire refusent

2. Outre les « équipes mobiles santé mentale et précarité », on pourra citer les « équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé » (circulaire du 30 avril 2007).

toute aide. Ces équipes mobiles devraient être pluridisciplinaires, composées de travailleurs sociaux, auxquels s'ajouterait un psychologue ou un infirmier psychiatrique, afin de développer des actions de prévention primaire, de repérer les symptômes d'une pathologie mentale et, le cas échéant, de connecter la personne sur un dispositif « avancé », en milieu ouvert, tel que défini au point suivant ;

- des postes avancés, intégrés dans la cité, tels que les SAMU sociaux, les Boutiques de solidarité ou des consultations avancées spécialisées. Ce second niveau permettrait aux exclus ayant des problèmes de santé mentale d'élaborer avec l'équipe une demande de soins lorsqu'elle est nécessaire, de bénéficier d'un adressage vers une institution spécialisée définie au point suivant, et de faire l'objet d'un suivi en aval, afin de favoriser la fidélisation de la clientèle au dispositif de soins. Ce niveau aurait également pour vocation de prodiguer les soins de première urgence, d'organiser des écoutes et groupes de parole, tant en amont qu'en aval des soins actifs en institution ;
- les institutions spécialisées en santé mentale (consultations externes hospitalières, psychiatrie de secteur) constitueraient le troisième recours lorsque des soins actifs et répétés sont nécessaires. Les équipes correspondantes seraient accréditées pour effectuer ces soins et passeraient des conventions fonctionnelles avec les dispositifs du second niveau.

Un tel dispositif ne devrait pas être instauré de façon rigide, divers assouplissements pouvant être effectués afin de tenir compte des spécificités locales rencontrées. Rien n'empêche, par exemple, le secteur psychiatrique de prendre directement part aux actions amont correspondant aux niveaux 1 et 2, mais ceci ne doit pas constituer une obligation, compte tenu des réticences observées dans la majorité des équipes de secteur pour investir ce domaine. Il n'en demeure pas moins qu'un tel canevas est de nature à accroître l'efficacité de l'accès aux soins psychiatriques des plus démunis, en répondant mieux à deux problèmes majeurs jusqu'à présent très mal résolus : l'élaboration d'une demande de soins lorsqu'elle est nécessaire, la fidélisation des usagers à ces soins, lorsqu'un traitement est entrepris.

2. Le soutien et la formation aux professionnels non psychiatriques agissant en première ligne contre l'exclusion (travailleurs sociaux, médecins généralistes...) : le soutien psychologique et les conseils

techniques aux autres professionnels de première ligne participant à la lutte contre l'exclusion constituent l'autre mission essentielle des acteurs de santé mentale. Les programmes de sensibilisation et de formation à la dimension santé mentale de l'exclusion, tant auprès des travailleurs sociaux que des centres de santé et des médecins généralistes libéraux devraient faire l'objet d'une réflexion spécifique dans le cadre d'un groupe de travail *ad hoc*.

Il convient de noter que nous disposons aujourd'hui d'un nouvel outil législatif pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis. En effet, la loi du 28 juillet 1998 de lutte contre les exclusions a instauré l'obligation d'élaborer dans chaque région un plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui peut s'appuyer sur des réseaux « santé-social » de proximité ou sur les réseaux « ville-hôpital ». L'objectif est de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral, ainsi que les professionnels chargés de l'insertion, afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins (SAMU sociaux, lits infirmiers dans les CHRS et les centres d'accueil), puisque les publics en situation précaire nécessitent une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux. Ces réseaux doivent permettre le développement des missions d'accompagnement personnalisé ou de co-accompagnement entre professionnels de santé et de l'action sociale, tant dans le domaine de l'accès aux droits sociaux que dans celui de la santé physique et mentale.

- Ma dernière réflexion portera sur la réforme de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, en ce qu'elle devait également favoriser le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social.

Une section spécifique, au sein de la loi du 2 janvier 2002, a été prévue sur le thème des coopérations et des réseaux, laquelle est venue compléter utilement les dispositions existantes pour les hôpitaux dans le Code de la santé publique et pour les réseaux de soins dans le Code de la Sécurité sociale. Il est en effet proposé de stimuler les complémentarités entre établissements et services ou entre institutions et milieu ouvert, par la mise en place d'une palette diversifiée de formules de coopération et de coordination : conventions, GIE, GIP, syndicats à vocation sociale et médico-sociale, communautés d'établissements, réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés. La loi a prévu non seulement l'articulation des établissements et services sociaux et médico-sociaux entre eux, mais aussi un décloisonnement