



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Etat des lieux sur la prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille

Une enquête qualitative auprès d'usagers et de professionnels

Novembre 2007

Remerciements	1
I. Projet d'étude	2
A. Contexte	2
B. Construction de l'objet	2
C. Objectifs	4
II. Méthodologie	5
A. Les récits de trajectoires.....	5
B. Les focus groupes de professionnels.....	7
III. Déroulement du terrain d'enquête auprès des professionnels	8
A. Définition de la phase d'enquête auprès des professionnels	8
B. Choix des participants	9
C. Méthode d'analyse	9
IV. Résultats	10
A. Les besoins exprimés par les usagers interviewés	10
1. La question du savoir	13
2. La continuité des soins	15
3. Les difficultés d'insertion sociale	16
4. L'accompagnement au long cours et dans la vie quotidienne	17
B. Focus social	19
1. Rappel de la composition du groupe, de la date, de la durée	19
2. Dynamique de la réunion	19
3. Difficultés de communication entre le social et la psychiatrie	20
4. Insatisfaction des prises en charge proposées par la psychiatrie.....	23
5. Une appréhension de la santé mentale à travers des figures paroxystiques de personnes cumulant troubles psychiatriques, grande précarité et violence	26
6. Les formes moins extrêmes de santé mentale dégradée.....	27
7. La prégnance du modèle communautaire	28
8. Ce dont il n'est pas question au cours de la réunion.....	28
C. Focus sanitaire	29
1. Introduction	29
2. La question de la prise en charge sociale dans les structures de soins.....	29
3. Le fonctionnement du système de soins en santé mentale	32
4. L'accès aux soins en santé mentale	35
5. Les pistes d'amélioration privilégiées par les participants du focus groupe social.....	36
6. Les différences et similitudes entre les deux focus groupes	36
D. Le cas de Ferdinand	40
1. De l'analyse du cas aux enseignements sur le système, deux attitudes différentes.....	40
2. Professionnels du social, les techniciens du lien	42
3. Entre continuité et catégories administratives.....	43
4. Violence : deux modes d'appréhension.....	44
E. Le cas de Doris.....	45
1. La difficulté de l'habiter.....	46
2. Différents points de vue sur la tutelle.....	47

3.	La nécessité de lieux « refuge »	47
4.	Besoin d'espaces de coordination.....	48
5.	Une trajectoire illustrative d'un fonctionnement de la psychiatrie	49
6.	Le social qui oublie le social	49
F.	Le cas de Babeth	50
1.	Nature du cas.....	50
2.	Les professionnels les plus confrontés à ce type de souffrance.....	51
3.	Le recours aux soins de Babeth sujet à polémique	54
4.	Ce que serait la bonne orientation.....	55
5.	La question des frontières, la crainte de « psychiatriser »	56
6.	Ce qui n'est pas du tout évoqué.....	57
V.	Annexes	58
A.	Grille d'entretien des récits de trajectoire.....	58
B.	Résumés des récits de trajectoires	60
1.	Arnaud	60
2.	Babeth	60
3.	Léonie.....	61
4.	Malika	62
5.	Mohammed	62
6.	Doris.....	63
7.	Ferdinand.....	64
C.	Grille d'entretien des focus groupes.....	65

Remerciements

Raconter sa vie est une expérience peu ordinaire. Elle peut être douloureuse ou valorisante, elle n'est jamais anodine, nous semble-t-il.

Nous remercions vivement celles et ceux qui ont accepté de nous faire partager leur expérience au cours d'entretiens le plus souvent longs. Notre souhait le plus cher est que cette expérience puisse permettre de prendre en considération leur point de vue sur le système de prise en charge et de soins, sur les difficultés qu'ils identifient et les espoirs qu'ils dessinent.

Car ces histoires ne se réduisent pas uniquement à de la souffrance, elles sont souvent porteuses de projets. Elles parlent, bien au-delà des troubles de santé mentale, du « vivre ensemble », du lien social ordinaire, des difficultés socio-économiques qui concernent plus largement une grande partie de la population.

Nos remerciements vont aussi à l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer aux réunions de focus groupe.

Plus largement, ce sont toutes les personnes qui ont apporté à un moment ou à un autre un conseil, une aide ou un soutien, que ce soit dans le cadre du groupe de suivi technique ou ailleurs, qui doivent ici être remerciées.

I. PROJET D'ETUDE

A. Contexte

Quand la Ville demande à l'ORS de se saisir de la question de la santé mentale, elle le fait suivant une acceptation très large de ce qu'est la santé mentale, comme un continuum, refusant ainsi l'opposition entre « folie » et « normalité ».

Il ne s'agit pas seulement de travailler sur ce que la nosologie psychiatrique désigne comme pathologique mais de se pencher aussi sur des phénomènes qui traversent la société de manière plus profonde, ayant quelque chose à voir avec les spécificités de l'individu contemporain (Ehrenberg 1995; Dejours 1998; Ehrenberg 1998) ou bien sur des phénomènes qualifiés de nouveaux et émergents dans une partie de la population précarisée, à travers des manifestations nommées « souffrance psychosociale » ou « souffrance psychique » selon les auteurs (Lazarus and Strohl 1995; Furtos and Bertolotto 2005; Joubert 2005).

On saisit ainsi l'ampleur de la commande dont la volonté est de réunir dans les mêmes travaux des questions habituellement traitées dans des enquêtes empiriques distinctes.

Les questionnements de la ville sont issus de son expérience pratique de l'émergence des problèmes de santé mentale sur son territoire : signature des hospitalisations sous contrainte, règlement des situations où le voisinage se plaint de l'incurie d'un habitant, explosion de crises dans l'espace public, intrication des problématiques de grande précarité et de la question de la santé mentale.

B. Construction de l'objet

L'objectif de notre travail est de fournir une description du fonctionnement du système de prise en charge et de l'utilisation des ressources mises à disposition pour des personnes qui auraient un problème de santé mentale.

L'enjeu est de repérer les dysfonctionnements et les lacunes des dispositifs existants, les points de passage entre les structures et les manques de connaissances et de collaboration, d'identifier les logiques qui sous-tendent les orientations et les trajectoires de prises en charge médico-sociale. Il s'agit ainsi de faire une analyse des problèmes se posant dans la prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille.

Deux idées principales guident cette réflexion :

- l'idée selon laquelle la maladie est une construction sociale qui se fait dans le temps et dans l'interaction entre différents acteurs sociaux. Par ailleurs, « *Construction sociale ne veut pas dire que la maladie n'est pas réelle mais qu'à chaque étape dans le processus de désignation en tant que malade, des facteurs sociaux et culturels interviennent et en déterminent en partie l'issue* » (Lovell 2004), l'exemple de la dépression étant édifiant de ce point de vue¹. Dans cette

¹ Ceci est particulièrement visible pour une pathologie telle que la dépression : il existe des différences importantes entre la part de personnes qui se disent dépressive, la part des personnes diagnostiquées comme dépressive, la part des personnes suivies pour dépression. Il existe des personnes qui déclarent une dépression mais ne sont pas repérées par les outils diagnostiques et

perspective de la construction sociale de la maladie, c'est avant tout ici la question des filières de soins qui nous intéresse, question qui reste globalement inexplorée dans le domaine de la pathologie mentale (Velpry, Blinder et al. 2005). Il s'agit aussi d'appréhender la place qu'occupent les divers acteurs sociaux dans cette construction : proches (famille, amis) mais aussi professionnels ou aidants divers, dont la présence est certainement fonction des ressources de la personne, de ses connaissances et de ses représentations. Il est aussi très important de comprendre comment, dans le temps, la personne a intégré – ou non – le fait d'expérimenter des troubles, quels sont les aménagements identitaires qui ont pu en découler, les soutiens mobilisés (parfois contre la volonté de l'individu) pour gérer les troubles ;

- la seconde idée importante dans ce projet est la suivante : les « systèmes » de prise en charge ne fonctionnent jamais strictement comme cela est prévu, leur application au quotidien peut différer assez largement du règlement prévu et dépasser (ou ne pas remplir) les missions fixées (« huiler le système », arrangement informel ou au contraire entrave...). Aborder le fonctionnement des prises en charge par le biais de ceux qui l'expérimentent, c'est se donner l'occasion d'étudier les « normes pratiques » et d'éventuellement voir leur écart par rapport aux normes officielles et ainsi se pencher sur les techniques de « bricolage » certainement à l'œuvre pour parvenir à ses fins dans un espace de contrainte. De plus, la prise en charge « santé mentale » – si on considère cette notion dans son acceptation large – peut recouvrir des pratiques très diverses telles que « sortir les personnes de la stigmatisation et de la honte ; apaiser les souffrances annihilantes ; retrouver une assise d'estime et de respect ; regagner pied à pied du terrain sur les processus de disqualification et de ségrégation » (Joubert and Bertolotto 2004). Ces pratiques n'appartiennent pas uniquement aux professionnels de la psychiatrie mais peuvent être le fait de différents « acteurs sociaux », travaillant dans des structures dans lesquelles la santé mentale n'est pas affichée comme étant une des missions. Ainsi, nous ne posons pas de « limites » *a priori* sur les professionnels et structures faisant partie du champ de la santé mentale.

des personnes repérées qui ne déclarent rien. Par ailleurs, certaines personnes suivies ne sont pas repérées par les outils diagnostiques. Il est alors difficile de dire qui est dépressif : ceux qui disent l'être, ceux qui sont diagnostiqués ou ceux qui sont suivis ?

C. Objectifs

Les objectifs poursuivis dans le cadre de ce travail sont les suivants :

- avoir une description plurielle des articulations du système de prise en charge. Par contrastée nous entendons le fait qu'elle soit produite par différents acteurs concernés par la question : usagers / entourage / professionnels du social / professionnel du soin / professionnel de la justice etc... Ceci pourrait nous permettre de comprendre les liens qui s'opèrent entre différentes structures et modalités de prise en charge, notamment à travers les pratiques d'orientation des professionnels, les connaissances des proches (pratiques de *piston* / *recommandation* dans le système de soins) et de la personne elle-même. Ces connaissances peuvent être liées à un certain capital social non lié aux « troubles » (avoir des amis médecins, avoir des connaissances dans le champ de la psychiatrie² (Lovell 2004)) ou acquis à travers une longue expérience du système de prise en charge. La description visera aussi à comprendre les difficultés d'accès aux structures et aux professionnels et nous pensons plus précisément ici aux temps d'attente d'obtention de rendez-vous, aux difficultés d'accès aux structures au sens géographique du terme. Il s'agit de recueillir des éléments sur ce qui influe sur les orientations et les prises en charge dans la trajectoire de l'individu : certainement des éléments de connaissance, des pratiques de collaborations entre professionnels, le hasard des rencontres...

Il nous intéresse d'obtenir des éléments sur ce moment de rencontre entre un système ayant ses propres contraintes et règles de fonctionnement et un individu caractérisé lui aussi par un certain nombre de contraintes mais aussi de ressources. C'est dans l'interaction entre ces deux dimensions que vont pouvoir se jouer les trajectoires. Chaque trajectoire est spécifique mais l'étude approfondie de chacune d'entre elles peut toutefois nous éclairer sur les possibles « constructions » entre la demande ou le besoin d'un individu, de ses proches ou même de la communauté et la ressource que constituent les institutions, les associations ou les structures de prise en charge.

- relativiser la place de ces institutions « légitimes » dans l'intervention en santé mentale dans l'univers des soutiens mobilisés pour un mieux-être / une stabilisation pour l'individu et son entourage. Nous pourrions ainsi vérifier si ce qui fait « système » dans la trajectoire de l'utilisateur et pour ses proches inclut des éléments extérieurs au système de prise en charge pensé par les décideurs (nous entendons par ce terme très large toutes les personnes susceptibles à un moment ou à un autre de penser le système, qu'elles soient politiques, professionnels du soin ou du social).

Cette perspective implique un questionnement suffisamment large pour que la personne interviewée n'ait pas l'impression de l'être en tant que malade, ce qui lui imposerait un registre de discours centré autour de la sphère *légitime* du soin. Il s'agit ici de décrire l'ensemble des recours et des soutiens qui sont mobilisés : associations d'usagers, médecins généralistes ou autres praticiens, médecine parallèle et spécialistes du bien-être, accompagnants sociaux (assistantes sociales, éducateurs...), écoutants de toute sorte, soutien social au sens large (entourage, famille, amis, milieu professionnel...). Ceci doit être décliné selon les différentes périodes qu'a pu traverser la personne (crise, stabilisation etc...). Ce que nous nommons « système de prise en charge » reste très imprécis et recouvrira certainement tous les types de soutien que mobilisent les usagers. Enfin, nous opterons pour un questionnement très large qui nous permettra de comprendre ce qui, dans la vie quotidienne, anime, soutient et participe à la valorisation de soi.

² Cf. Article de Anguis et Roelandt : "les personnes ayant fait des études supérieures connaissent mieux les soins proposés en psychiatrie" (Anguis, M., J. Roelandt, et al. (2004). Une valeur subjective : "fou", "malade mental" et "dépressif" : les représentations profanes. Santé mentale et société. L. d. française. Paris.)

II. METHODOLOGIE

Pour répondre à nos objectifs, deux temps d'enquête sont prévus :

- un premier où, grâce au récit de trajectoire, nous tenterons d'explorer les « carrières » dans le soin en santé mentale de personnes expérimentant des troubles ;
- un deuxième temps où nous tenterons de recueillir les points de vue des professionnels par le biais d'entretiens de groupe.

A. Les récits de trajectoires

L'intérêt d'une approche qualitative et compréhensive auprès des personnes utilisant ou susceptibles d'utiliser le système de prise en charge est d'appréhender le savoir et les représentations que ces personnes peuvent avoir du système de prise en charge en santé mentale et des diverses professions impliquées. Cela nous permet aussi de nous pencher sur les catégories émiques³ de la souffrance (Bonnet 1999). La souffrance psychique ou le mal-être font appel à des catégories de rapports à soi qui sont certainement très différenciées en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie sociale. L'interprétation et le sens accordé à la souffrance nous éclaireront certainement beaucoup sur les recours opérés (structures, professionnels...) et les différentes rationalités à l'œuvre dans ces recours (attente de résultats rapides / entrer dans une catégorie utile et accéder par exemple à certains types d'aides / soutenir une démarche que l'on conçoit avant tout comme personnelle etc...).

Cela nous permettrait aussi d'approfondir le rapport que les « usagers » peuvent entretenir avec le système de soin et par là même de problématiser la question de la discontinuité et de la rupture, dont on peut imaginer qu'elles peuvent être vécues par les usagers comme parfois nécessaires ou soutenant des moments de mieux-être, alors qu'elles sont souvent perçues comme dommageable par les professionnels.

Le récit de trajectoire fut considéré comme la méthode la plus opérationnelle pour tenter de comprendre au mieux comment, dans la durée, les trajectoires se sont construites, notamment par rapport aux différents systèmes de prises en charge. L'idée selon laquelle la maladie est une construction sociale qui se fait dans le temps, dans l'interaction entre différents acteurs sociaux et aussi parfois dans des événements fondateurs nous guidait dans ces choix méthodologiques. Nous voulions, dans une perspective longitudinale, recueillir des éléments sur les amorces de prises en charge, les ruptures, l'évolution de l'expérimentation des troubles, les choix faits à différents moments de la trajectoire... Il nous fallait donc adopter une perspective qui permette aux personnes de se raconter depuis ce qu'elles considéraient être le début de leurs difficultés. Ne préjugant pas non plus de ce que peuvent être les ressources en terme de soutien, d'aide et de soins en santé mentale et de ce qui au contraire aggrave et complique la situation des personnes, nous avons opté pour un questionnement très large (voir grille d'entretien en annexe).

Souhaitant explorer des expressions très diverses de ce que peuvent être les problèmes de santé mentale, nous avons en amont et de façon collégiale défini plusieurs situations type que nous voulions enquêter.

³ Les catégories émiques sont celles qui émanent du discours de l'interlocuteur ; elles sont en lien avec le contexte d'énonciation notamment la catégorie sociale, la réalité clinique. Cette approche permet d'appréhender la variabilité des logiques de pensées autour d'une même manifestation.

Les personnes enquêtées ont ensuite été recrutées via des professionnels nous servant d'intermédiaire. Chaque personne recrutée l'a été par un intermédiaire différent, ce qui a entraîné un temps de mise en place de l'enquête assez long.

Les récits de trajectoires ont été réalisés souvent en plusieurs entretiens, chaque entretien ayant duré entre 1 et 2 heures en moyenne. Ces entretiens ont été réalisés entre juillet 2006 et avril 2007.

Les entretiens ont tous été intégralement retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse portant à la fois sur les thèmes principaux mais aussi sur l'organisation générale du récit.

Une grille d'analyse commune a été appliquée à l'ensemble des récits. Dans chacun des récits, plusieurs aspects étaient regardés précisément : la logique générale du récit de trajectoire (sens, nœuds, ruptures), le rapport aux troubles (désignation, explications données), le rapport aux soins et aux divers soutiens (les soutiens mobilisés, la conception du soin, les relations avec les soignants) et enfin les répercussions des troubles dans la vie professionnelle et sociale.

Ainsi nous avons réalisé plusieurs récits de trajectoire avec des personnes dont voici en quelques mots les principales caractéristiques :

- une jeune fille ayant fait une dépression suite à une rupture sentimentale et au divorce de ses parents puis ayant développé des Tocs, déplorant des difficultés d'insertion, en lien avec un faible niveau de formation. Son suivi s'effectue dans une thérapie de groupe à l'hôpital mais aussi par un psychologue dans une association ;
- une femme seule élevant sa fille, en difficulté économique chronique depuis des années, ce qui a généré des moments de crises et l'a conduite dans le bureau d'une « psy » ;
- un homme se présentant comme bipolaire et ayant des Tocs. Il vit en couple, dans un appartement privé et bénéficie d'un emploi stable. Investi dans les associations d'auto-soutien, il se fait suivre en libéral ;
- un homme de 60 ans qui a très longtemps vécu en foyer ou à la rue mais est maintenant dans un studio. Se définissant comme psychotique, il a passé de longs séjours en hôpital psychiatrique et est suivi de très près par son CMP, il est régulièrement hospitalisé en accord avec son médecin ;
- un homme de 40 ans, à la rue ou en foyer, ayant eu récemment un suivi psychiatrique de courte durée dans un dispensaire de soin lors d'un épisode de violence ;
- une jeune fille de 25 ans, hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie, dont au moins deux fois sous la contrainte, pour des épisodes délirants. Elle a refusé pendant une période de prendre des médicaments mais raconte avoir maintenant compris la nécessité d'être observante ;
- un homme de 67 ans, vivant seul dans le centre ville et ayant des problèmes tant avec son voisinage qu'avec des personnes dans la rue. Ses problèmes sont liés, selon lui, au fait qu'il soit harki.

Les analyses précises réalisées à partir des récits de trajectoires sont présentées dans un autre rapport⁴. Dans ce rapport, une partie sera dédiée à l'analyse des demandes les plus manifestes des personnes avec qui les entretiens ont été réalisés.

⁴ Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ville de Marseille. (2007) « Etude sur les trajectoires de vie et de soins des personnes ayant des troubles de santé mentale à Marseille », rapport intermédiaire.

B. Les focus groupes de professionnels

Ce que l'on nomme un « focus groupe » est un entretien semi-directif réalisé avec plusieurs enquêtés en même temps.

La méthode du focus groupe permet :

- d'interviewer un grand nombre de professionnels en même temps ;
- d'approfondir certaines questions ;
- de voir où se situent les points de divergence et de convergence. L'interactivité produit une dynamique de discussion propice à ce que chacun se positionne par rapport à ce qui est dit et argumente ses positions pour les faire comprendre aux autres participants.

L'objectif premier de cette étape de travail était de soumettre chacune des trajectoires recueillies à des professionnels pour voir quels étaient, selon eux, les atouts et les lacunes du système de prise en charge qu'illustrait la trajectoire.

Les récits de trajectoires tout comme les focus groupes ne prétendent en aucun cas à la représentativité. Ces méthodes qualitatives permettent d'entrer dans la complexité d'un petit nombre de cas et d'explorer à la fois les raisons qui sous-tendent les pratiques mais aussi les représentations développées par rapport au thème qui nous intéresse.

Le lecteur doit ainsi garder à l'esprit l'absence de représentativité des personnes dont le discours nous a servi de support dans ce travail.

III. DEROULEMENT DU TERRAIN D'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS

A. Définition de la phase d'enquête auprès des professionnels

En raison de contraintes de temps et de méthodologie, nous n'avons pas pu réaliser le projet tel que nous l'avions imaginé en amont. L'idée de départ était de faire autant de focus groupes que de récits de trajectoire. Pour chacun des récits de trajectoires, nous voulions réunir tous les « types » de professionnels que la personne évoquait dans sa trajectoire.

Toutefois, notre projet de départ n'avait pas pris en compte une des recommandations de constitution des focus groupes : celle de constituer des groupes homogènes en termes d'expérience ou de milieu social.

La prise en compte de cette recommandation nous amenait donc à l'éventualité de constituer des groupes plus homogènes sur le critère du secteur d'activité.

Nous avons donc finalement décidé de ne constituer que deux focus groupes, l'un réunissant des professionnels du champ social et l'autre des professionnels du champ médical et de leur soumettre à chacun la même grille d'entretien.

Dans le respect du projet initial, cette grille est principalement constituée des récits de trajectoires réalisés dans la première phase d'enquête.

Les deux groupes ont été soumis à la même grille d'entretien (voir annexe).

Celles-ci se décompose en une première partie où nous voulions d'une façon très générale recueillir les préoccupations et les perceptions du système de prise en charge des professionnels réunis.

L'amorce de cette partie de l'entretien était la suivante :

« Quelles sont, selon vous, les difficultés principales auxquelles sont confrontées les personnes ayant des troubles de santé mentale à Marseille ? »

La deuxième partie de la réunion était organisée autour de la lecture de trois résumés de trajectoire, réalisés à partir des récits de vie reconstitués dans la première partie de l'enquête.

Il n'était pas envisageable de présenter au cours d'un seul focus groupe l'ensemble de récits de trajectoire. Nous avons retenu trois récits, ceux de Babeth, de Ferdinand et de Doris.

Ce choix a été fait en gardant à l'esprit la diversité des sujets qu'ils abordent et leur grande hétérogénéité.

L'histoire de Ferdinand évoque les situations de personnes prises en charge dans des lieux qui accueillent la grande précarité. Il témoigne dans son récit de trajectoire de contacts avec la psychiatrie, suspendus au moment où nous nous entretenons. Son rapport à la santé mentale est de reconnaître des problèmes conjoncturels (épisodes de violence, de dépression) sans se considérer atteint d'une pathologie.

Doris illustre quant à lui ces trajectoires de prises en charge très anciennes et très rapprochées par la psychiatrie publique. Il est dans un rapport d'acceptation d'un diagnostic d'une pathologie psychiatrique et dans une relative bonne observance aux soins. Son récit parle beaucoup des difficultés d'insertion des personnes atteintes de pathologies psychiatriques.

Quant à Babeth, ce récit nous plonge au cœur des problèmes de santé mentale qu'elle situe en dehors des catégories de pathologie psychiatrique. Son recours s'inscrit dans une démarche de psychothérapie / psychanalyse, il se fait dans le secteur privé. Son histoire est présentée comme étant celle d'une santé mentale dégradée par des événements de vie difficiles.

Il nous semblait donc que par ces trois récits, nous abordions la question de la santé mentale sous trois angles très différents.

B. Choix des participants

Les professionnels ont été recrutés selon la structure dans laquelle ils travaillaient et le type de poste occupé. Les structures ont été repérées en partie grâce à la phase d'enquête sur les récits de trajectoire. En ce qui concerne le type de poste, nous avons souhaité recruter des personnes en lien direct avec le travail de terrain.

On peut donc parler d'un échantillon raisonné.

Toutefois, les invitations furent nombreuses pour réunir 5 professionnels du champ social et 7 du champ sanitaire. Certains « professionnels » que nous souhaitions représenter sont absents des focus groupes. Il est ainsi regrettable qu'il n'y ait eu aucun professionnel travaillant dans le domaine de l'hébergement lors du focus groupe social, malgré nos invitations en direction de certaines structures.

Composition des focus groupes	
Focus groupe social	Focus groupe sanitaire
<ul style="list-style-type: none">- directeur d'un accueil de jour- chef de service d'un accueil de jour- responsable associatif dans le champ de l'insertion professionnelle des personnes qui souffrent de troubles psychiques- responsable de secteur d'une tutelle associative- assistant social travaillant dans une structure publique sur les dossiers RMI	<ul style="list-style-type: none">- psychologue intervenant en CMP et en pavillon de secteur- psychiatre responsable de secteur HP- infirmier psychiatrique bénévole en dispensaire de soin- infirmier psychiatrique d'une équipe de liaison- psychiatre libéral et hospitalier- médecin généraliste- psychiatre responsable des urgences psychiatriques

Les réunions se sont déroulées le 26 juin pour le focus groupe social et le 3 juillet pour le focus groupe sanitaire. Elles ont duré 3 heures chacune.

C. Méthode d'analyse

Les focus groupes ont été entièrement enregistrés et retranscrits. Une analyse thématique a été réalisée sur ces deux corpus de données.

La démarche fut dans un premier temps de s'imprégner des données par des lectures successives accompagnées de prises de notes sur les idées essentielles. Dans un second temps, le contenu a été découpé en unités thématiques que nous avons nommées. Un document reprenant les thèmes dans l'ordre d'apparition a été mis au point, nous permettant de repérer à la fois les récurrences mais aussi les enchaînements des thèmes. Ce document fut l'outil principal utilisé pour adopter une démarche comparative entre les deux groupes, nous permettant de repérer à la fois les thèmes communs aux deux groupes et ceux qui n'apparaissent que dans un seul.

La spécificité du focus groupe est d'avoir accès aux opinions et représentations de différentes personnes en même temps et donc de pouvoir observer l'émergence de consensus ou de désaccords sur les questions abordées. Nous avons donc été attentifs aux interactions et signes non verbaux de communication renseignant sur les positionnements de chacun quant aux propos tenus.

Les résultats présentés ci-après sont organisés selon un plan assez proche du déroulement des réunions de focus groupe.

Tout d'abord, la synthèse de la première partie de chaque entretien est présentée. Cette partie abordait de façon très générale les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes ayant des troubles de santé mentale à Marseille.

La suite de l'analyse est articulée autour des trois cas présentés aux deux groupes. Pour chacun des cas, nous avons tenté de comparer les discours produits du côté du social et du côté du sanitaire.

IV. RESULTATS

A. Les besoins exprimés par les usagers interviewés

Dans les récits, les difficultés mises en avant sont bien plus souvent d'ordre social que du domaine du soin. La satisfaction par rapport à la prise en charge est exprimée par plusieurs des personnes interviewées : Ferdinand, Mohammed, Babeth n'ont rien à reprocher au système de soin dont ils bénéficient. Pour ces trois-là, leurs problèmes sont ailleurs : dans leur relation avec les autres, dans les injustices ressenties, dans les difficultés économiques.

La satisfaction du soin va aussi souvent de pair avec le fait que le soin, ses lieux et ses professionnels, constituent un repère identitaire assez fort, une occasion de relations sociales valorisantes...

Dans le tableau suivant, le lecteur pourra penser que des éléments de nature très différentes sont juxtaposés. Or il s'agit pour les trois premières colonnes de rendre compte du message manifeste que la personne désire faire passer. L'entretien, forcément en partie espace de revendication dans l'espoir que la parole porte un peu plus loin que d'habitude, est truffé d'opinion quant aux choses, de colère et d'indignation par rapport à la marche du monde. Les besoins exprimés sont souvent très loin de ce que l'intervention publique pourrait faire au niveau local. Néanmoins elles rendent compte du vécu des personnes, de ce qui à leurs yeux ne fonctionne pas, de ce à quoi il faudrait s'attaquer.

Identifiant	Problèmes du système « santé mentale » mis en avant	Problèmes généraux qui ont un impact négatif sur la santé mentale	Le plus urgent	Ce que nous enseigne la trajectoire
Abdel	Psychologue pas toujours accessible (une fois tous les 15 jours, pas certain d'avoir un rendez-vous).	Vie inacceptable : dans la rue, au milieu de clochards, dormir sur les trottoirs.	Changer de vie.	Appropriation de l'étiquette de « fou » comme dernier refuge identitaire qui puisse attirer l'attention et faire l'objet de prises en charge. La psychologue et l'AS semblent être le seul espace-temps où sa parole est écoutée.
Ferdinand	Il se dit très satisfait du système de soin français, des professionnels comme du système qui lui a permis d'obtenir la CMU très rapidement.	Vie au milieu des petits marginaux, pas de tranquillité, pas de sécurité, pas de possibilité de s'adonner à ce qu'il aime faire. Sentiment d'injustice : on ne veut pas lui donner de chambre.	Partir de l'UHU. Trouver un autre lieu de vie où les relations sociales seraient plus satisfaisantes.	Relais peu organisé entre les dispensaires de soin bas seuil et le système de soin primaire. La fin de la prise en charge au dispensaire pour raison d'accès à la CMU s'est accompagnée d'un arrêt du soin en santé mentale.
Doris	Coût des hospitalisations trop élevé (forfait journalier dont il doit s'acquitter). Changement de traitement inhérent au changement de psychiatre.	Solitude et ennui → retrait de la vie sociale dans l'objectif de « cacher » ses troubles AAH pas assez élevée. Problèmes dans la cité (voisinage et personnes dans la rue).	Régler ses problèmes financiers. Trouver d'où viennent ses problèmes d'épilepsie.	Itinéraire de la rue à un logement privé, Doris incarne les difficultés d'habiter en logement autonome sur divers plans : difficultés de faire face économiquement / difficulté de socialisation avec le voisinage / difficulté de suivi d'un traitement au long cours / isolement important lié à une volonté de retrait des rapports sociaux ordinaires pour cacher le fait qu'il soit atteint de troubles.
Arnaud	Nécessité de faire du lobbying pour avoir une prise en charge correcte, possible uniquement dans le privé selon lui. Médiocrité du soin en santé mentale. Questions souvent impudiques des soignants.	Le modèle purement chimique auquel il se réfère invalide les approches sociétales, il n'évoque pas d'autres problèmes que ceux liés aux soins.	Trouver un « super » bon praticien à Marseille.	Parcours du cumul de différentes formes de capital et théorisation des troubles non stigmatisante (purement chimique). Dans un parcours de la recherche active de la prise en charge adéquate, Arnaud en plus de son capital culturel et économique élevé s'approprie un capital relationnel par le biais des associations de patients (accès à la connaissance des meilleurs praticiens).
Mohammed	Difficulté pour se faire hospitaliser – mesure d'HDT décidée par son médecin traitant n'est pas suivie à l'hôpital. Se dit extrêmement satisfait de ses relations avec l'hôpital où il a l'habitude d'aller et avec son médecin traitant.	Stigmatisation dont il est l'objet par son identité de harki.	Partir vivre avec les anciens combattants.	Trajectoire de passage d'un mode de vie de la rue à un appartement, Mohammed témoigne de difficultés de cohabitation à la fois dans son immeuble et dans la rue. Expliquant ses troubles par son histoire (histoire de la guerre d'Algérie et histoire familiale), Mohammed se sent en permanence stigmatisé. L'équilibre précaire de son insertion se fait grâce à un tissu d'acteurs qui le connaissent bien : police, médecin, tuteur.

Léonie	<p>Difficulté pour connaître l'existant en terme de soins adaptés. Difficulté de faire coïncider son emploi du temps du soin et celui de son insertion sociale.</p>	<p>Insertion professionnelle compliquée. Autonomie impossible, elle est obligée de rester chez ses parents.</p>	<p>S'insérer professionnellement et garder son petit ami pour « sortir de la spirale du présent » = nécessité de se projeter dans l'avenir.</p>	<p>Son entrée dans les troubles, suite à des évènements qui remettent en cause différentes inscriptions sociales, s'accompagne d'une capacité à l'auto-diagnostic (certainement liée à la popularité des catégories comme la dépression ou les Tocs). Léonie témoigne de réelles difficultés à identifier les ressources adéquates à une prise en charge de ses troubles. Son itinéraire illustre aussi très bien l'intrication entre les problèmes de santé mentale et l'insertion professionnelle. Si ces derniers préexistaient aux troubles, les troubles compliquent pour beaucoup son insertion professionnelle.</p>
Babeth	<p>Se dit plutôt satisfaite de sa démarche d'analyse. Investissement financier non regretté car démarche perçue comme vitale.</p>	<p>Difficultés économiques liées en partie aux travaux du tramway ont participé à déclencher le « pétage de plomb ». Rigidité des systèmes d'aide.</p>	<p>Continuer son analyse et régler ses problèmes avec son passé.</p>	<p>Trajectoire où les difficultés économiques sont chroniques depuis plusieurs années. Toutefois la nécessité de la réalisation personnelle attelle Babeth à la construction d'un projet qui l'expose à des risques financiers. Le projet du tramway marseillais vient mettre à mal le rêve élaboré par Babeth. Les difficultés se traduisent par un « pétage de plomb » dont l'interprétation qu'elle en fait dépasse les difficultés économiques et conduit Babeth vers l'intervention « psy ».</p>
Malika	<p>Difficulté d'avoir de l'aide dans les moments difficiles : - la nuit, elle ne trouve pas d'interlocuteurs ; - elle se dit déçue de la dernière hospitalisation qu'elle a demandée pour « récupérer un bon rythme ».</p>	<p>Difficulté pour poursuivre ses études. L'accès à l'autonomie reste impossible pour elle.</p>	<p>Retrouver un « équilibre de vie », réussir le concours.</p>	<p>Trajectoire qui montre le long parcours pour adhérer aux explications médicales, explications qui entrent en contradiction avec d'autres (explications de sa famille par exemple). L'histoire de Malika pose aussi des questions cruciales sur le type d'insertion sociale et professionnelle accessible pour des personnes atteintes de troubles comme les siens.</p>

1. La question du savoir

a) *Le savoir sur les troubles comme mode d'appropriation et de meilleure gestion des troubles*

La question du savoir relatif à la compréhension des troubles est apparue importante, dans certains récits, tant pour la personne qui expérimente les troubles que comme élément permettant à son entourage de comprendre et agir au mieux.

Le savoir relatif aux troubles peut provenir d'une multitude de sources : interaction avec le monde médical, sites Internet, lecture de résultats scientifiques, interaction avec d'autres personnes atteintes des mêmes troubles. Ces savoirs acquis au cours de l'expérimentation des troubles prennent place sur un tissu de représentations et de connaissances existant en dehors de l'expérimentation des troubles. On peut émettre l'hypothèse que plus les sources d'informations sont variées, plus la relativité de chacune d'elle se construit. Parmi les personnes interviewées, celles dont les sources d'information sont diversifiées mettent plus en avant l'importance du savoir que les autres.

b) *L'accès aux connaissances médicales des personnes qui expérimentent les troubles*

Certaines des personnes interviewées se montrent très satisfaites de l'apport de connaissance dont elles peuvent bénéficier dans le système de soin. Il en est ainsi de Léonie et de Malika qui considèrent améliorer le contrôle de leurs troubles en s'appropriant les mots et théories scientifiques. Toutes les deux sont friandes de ce type d'approche : Malika explique comment elle parvient à distinguer des phénomènes qui lui arrivent à l'aide de la définition de mots (la définition du délire par exemple l'ayant aidée à distinguer ce qui dans sa vie avait été de l'ordre du délire) ; Léonie apprécie qu'on lui explique les différentes théories sur les Tocs. Au-delà de l'apport de connaissance, sa satisfaction porte sur l'idée de la spécificité de ce type de troubles et sur le fait que des recherches sont actuellement menées pour mieux comprendre.

Arnaud se situe aussi dans cette avidité de savoir quant à ses troubles.

Ces trois interviewés ont en commun plusieurs choses : ils sont plutôt jeunes, ont des sources d'informations variées (férus d'Internet, fréquentant des bibliothèques...) qui va de pair avec une mise à distance de l'intervention médicale qu'ils n'hésitent pas à critiquer et à remettre en cause. Se constituant au fil de leur « carrière » de patient une interprétation documentée de ce que sont leurs troubles, ces « patients savants » sont de ceux qui peuvent rompre une relation thérapeutique si elle ne correspond pas à leurs interprétations.

Le savoir acquis au fil de la trajectoire représente le moyen d'apprivoiser ce qui se passe : d'expérience incompréhensible sur laquelle on n'a pas de prise, les théories et catégories médicales permettent d'ordonner, de catégoriser, de donner des repères, d'entrer dans un modèle.

Ce type de rapport au savoir tranche avec celui d'autres interviewés pour lesquels les médecins sont les seuls à pouvoir détenir le savoir, leur attribuant souvent des capacités de compréhension qui dépassent largement les leurs. La « soumission » au savoir du médecin (quel qu'il soit) s'accompagne d'une croyance selon laquelle le médecin mieux que le patient lui-même comprend ce qui se passe (« *rien qu'en nous voyant ils comprennent* », dit Doris).

c) La question de la connaissance pour les proches

Dans ces trajectoires, transparait aussi l'idée de l'importance de l'acquisition de savoir par l'entourage. Mieux informés, la famille et les proches pourraient mieux comprendre ou avoir un comportement plus utile. Arnaud développe cette idée en disant que la première étape pour que les choses se passent bien est d'avoir un support familial soutenant et éclairé. Léonie quant à elle explique à quel point les comportements et propos inappropriés de ses proches aggravent la situation et sont à la source de nombreuses tensions entre elle et ses proches.

Cette question de l'éducation des proches aux troubles est un axe qui a été développé par exemple dans le cadre de la politique de santé mentale de la Ville de Trieste (source : SISM 2007).

Au final, les différents récits illustrent les rapports très hétérogènes quant au savoir médical et suggèrent que ceux qui sont dans une démarche volontaire d'acquisition du savoir, pour eux-mêmes et pour leurs proches, semblent être en même temps plus prompts à mettre à distance les interprétations et modalités d'interventions des psychiatres. Cette posture du patient actif, éclairé et en mesure de prendre des décisions sur sa santé dépasse largement le champ de la santé mentale.

d) Connaissance des ressources existantes

La connaissance de ce qui existe en termes de soins ou de dispositifs d'accompagnement pour les personnes ayant des troubles de santé mentale peut être longue à acquérir. Elle relève souvent d'un apprentissage qui se fait au fil du temps et des expériences par lesquelles des ressources sont découvertes, parfois de façon fortuite.

Ce sont les trajectoires d'Arnaud, de Léonie et de Babeth qui illustrent le mieux cette difficulté à connaître les dispositifs qu'ils jugent adéquats.

Leur récit ouvre ainsi des questions sur :

- les capacités à orienter des professionnels qui pourraient servir de relais. La trajectoire de Léonie est éloquent à ce sujet : ni le médecin généraliste, ni le psychologue, ni le service de dermatologie n'ont été en mesure de lui indiquer qu'il existait une thérapie spécifique sur les Tocs. En revanche, les personnes qui ont participé à son orientation étaient sa mère, sa tante et son coiffeur !

- la qualité des informations mises à disposition par différents médias. Que ce soit Internet ou le téléphone, la recherche active de ressources existantes est au cœur de la trajectoire de certaines des personnes interviewées. Des formes d'organisation sont décrites comme particulièrement efficaces pour permettre de connaître l'existant : il s'agit des associations de patients. Dans ces dernières, l'information va bien au-delà du simple carnet d'adresse, ce sont aussi des informations informelles qui sont transmises permettant de recueillir l'opinion des autres sur un service ou un thérapeute ;

- la connaissance de l'existant dans le grand public. Ce sont souvent les proches qui jouent un rôle capital dans l'amorce des soins de la personne qui a des troubles. Par leur position d'observateur, ils participent à la révélation que « quelque chose ne va pas » et leur connaissance du dispositif est souvent déterminante dans les premières orientations que connaît la personne.

Deux autres faits méritent d'être soulignés à notre avis.

Tout d'abord, le fait que les personnes prises en charge par le CMP et l'HP semblent ne pas soupçonner un « ailleurs » du soin. Ils sont pris en charge dans un système aux multiples possibilités (CATTP par exemple) et sont orientés vers les ressources considérées comme utiles. Ce ne sont pas des trajectoires

de recherches actives de ressources. L'institution a pensé différentes fonctions de soins et d'accompagnement et les met à disposition des patients. Les trajectoires des patients de psychiatrie de secteur sont à ce titre bien différentes de celles des patients qui « bricolent » leur propre système de prise en charge en mettant bout à bout des ressources jugées utiles et remplissant des fonctions différentes.

Deuxièmement, pour ces patients « bricolant » leur prise en charge aux frontières de l'associatif, de l'offre sectorielle publique, du libéral et de l'hospitalier, c'est une impression d'opacité de l'existant qui se dégage de leur récit. Le refus dans le public de faire de l'« adressage » vers des praticiens libéraux – pour des raisons éthiques⁵ – participe à faire des « bonnes adresses » (c'est-à-dire des lieux où la prise en charge est jugée satisfaisante, des praticiens considérés comme « bons ») un bien rare, échangé de manière informelle dans le réseau social personnel ou dans le réseau constitué par les associations de patients. Mais notons ici que les associations de patients sont elles-mêmes une ressource très mal connue et restent de ce fait inaccessibles au plus grand nombre. Les associations de patients sont de plus présentées comme pouvant remplir une fonction de lobbying pour notamment obtenir les rendez-vous plus rapidement.

2. La continuité des soins

Un aspect relevé dans les discours recueillis est, au fil de la trajectoire, les moments de discontinuité avec le soin qui peuvent relever de logiques extrêmement différentes. Seules celles qui semblent être en lien avec l'organisation du système de prise en charge seront exposées ici :

- dans le cas de Ferdinand, par exemple, le soin en psychiatrie est amorcé dans un dispensaire de soin où seules les personnes sans droits ouverts peuvent consulter. Les professionnels de ce dispensaire permettent à Ferdinand d'obtenir la CMU. Mais ces droits ouverts ne lui permettent plus de continuer à bénéficier du suivi dans ce dispensaire et impliquent qu'il aille se faire soigner dans le système de droit commun. L'attachement à son psychiatre du dispensaire ainsi que le sentiment d'aller beaucoup mieux sur le plan de sa santé mentale sont deux raisons avancées par Ferdinand pour expliquer la suspension de tout suivi psychiatrique. Le relais a par contre été bien assuré pour la prise en charge de son hépatite C pour laquelle Ferdinand montre une grande motivation. La fragilité d'une relation thérapeutique, l'aspect très personnel du soin en santé mentale fait du moment du relais (obligé parfois par les catégories de prises en charge organisées par type de « population ») un moment délicat en termes de continuité des soins ;
- de plus, ce qui ressort assez souvent des discours, c'est la discontinuité temporelle de l'offre de soins. Les moments vides, sans possibilité d'avoir un interlocuteur sont nombreux : soirées, nuits, week-ends. Dans ces moments-là, les seules ressources disponibles sont les urgences ou alors les différents types de lignes téléphoniques disponibles 24h/24. Les personnes se retrouvent donc isolées, dans l'impossibilité d'avoir un interlocuteur lorsque les moments de crises surviennent la nuit ou les week-ends et qu'il faut faire avec les voix, les insomnies, les hallucinations. L'autre conséquence des temporalités limitées de l'accès aux soins est leur possible limitation de l'insertion professionnelle des personnes ayant des troubles. Pour celles-ci, il est parfois difficile de concilier soins et activité professionnelle ;

⁵ Propos tenus par plusieurs professionnels travaillant dans le public, que ce soit au niveau des soins ou au niveau de l'accompagnement social, dans le cadre de rencontres avec des professionnels en vue de « recruter » des personnes pour réaliser leur récit de trajectoire.

- enfin, une autre forme de « discontinuité » que l'on retrouve dans les discours est celle qui concerne les changements de thérapeute, qu'ils se produisent quand le patient change d'établissement ou lorsque le psychiatre absent est remplacé par un autre. « À chaque psy, un traitement différent », disent certaines des personnes interviewées. Le changement de thérapeute peut être source de rupture dans le soin ou au contraire participer à faire renaître l'espoir en proposant quelque chose qui n'a pas encore été testé. Les deux exemples suivants illustrent les possibles répercussions du changement impromptu de thérapeute. Doris ayant changé de quartier quitte le CMP qui le suivait depuis des années pour un CMP plus proche de son domicile. Le traitement qu'il prenait depuis longtemps et dont il se disait satisfait est modifié par le nouveau psychiatre qui le suit. La nouvelle galénique ne lui convient pas et il pense subir des effets secondaires du traitement. Il n'ose pas le dire à son nouveau psychiatre et durant les vacances de celui-ci, il décide d'arrêter son traitement pour tester si les effets secondaires sont en lien avec celui-ci ou non.
Pour d'autres, le changement de traitement proposé inhérent au changement de psychiatre fonctionne comme un renouvellement d'espoir. C'est le cas de Malika qui pour cause de congé de son thérapeute en voit un autre qui remet en cause le protocole de soins jusqu'ici en place. Ce changement de protocole, d'hypothèse, de méthode renouvelle l'espoir mis en la médecine, comme en témoigne Malika.

3. Les difficultés d'insertion sociale

a) La construction de l'insertion pour les plus jeunes

Les difficultés d'insertion sociale nous semblent être en lien avec l'étape de vie à laquelle surgissent les troubles. Quand aucune « sécurité sociale » par l'emploi ou la formation n'a été mise en place au moment où surviennent les troubles, la question de l'insertion professionnelle peut devenir très compliquée.

Cette difficulté importante est rapportée par Malika et Léonie. Si leur parcours scolaire et le type de troubles qu'elles connaissent sont très différents, leurs difficultés quant à leur situation sociale peut être rapprochée.

Dans le cas de Léonie, les troubles rendent difficiles l'exercice d'un emploi. Elle considère que des pans entiers du marché de l'emploi lui sont inaccessibles, comme, par exemple, toutes les activités impliquant un contact avec une clientèle, et ce à cause de l'aspect très visible de ses Tocs. Pour une jeune fille avec peu de qualification, c'est donc un des domaines les plus porteurs qu'elle pense ne pas pouvoir investir. L'autre point qu'elle présente comme limitant son accès au monde du travail est la multiplication des arrêts maladie, raison pour laquelle elle pense que le CDD qu'elle occupait n'a pas été transformé en CDI. Dans la trajectoire de Léonie, la difficulté tient aussi à faire coïncider son emploi du temps de salariée et celui des soins ou thérapies dont elle pense avoir besoin. L'accès à l'un remet en cause l'accès à l'autre.

Dans le cas de Malika, ce sont les troubles qui compliquent l'assiduité dans les différentes formations qu'elle a amorcées, les crises remettant en cause pour de longues périodes le suivi des cours.

Notons d'ores et déjà que ces problèmes d'insertion ne sont sans doute pas très éloignés de ceux que rencontrerait n'importe quel jeune souffrant de n'importe quelle pathologie un tant soit peu invalidante. Les dispositifs accessibles aux personnes atteintes de maladies chroniques sont sans doute très mal adaptés à ces jeunes pour qui la guérison ou l'atteinte d'un certain équilibre notamment par l'accès à un emploi sont un des objectifs prioritaires. Cet horizon de la guérison ou de la normalité rend inopérant pour les jeunes l'accès à des catégories d'accompagnement comme peuvent l'être l'AAH ou la RQTH. Il

faut sans doute du temps et une longue expérience des troubles pour accepter leur caractère chronique et invalidant.

Ainsi, cela questionne les capacités du système d'accompagnement d'apporter de l'aide sans pour autant proposer de catégories rigides dans lesquelles les personnes ne se reconnaissent pas. Ce point nous semble crucial pour ces jeunes pour qui l'accès à l'autonomie financière et l'insertion professionnelle sont compliquées par leur trouble dans un contexte du marché du travail qui ne leur est pas favorable.

b) L'impasse des personnes en grande précarité

Les difficultés d'envisager une insertion sociale, une sortie du système « grande précarité » sont au cœur des récits des personnes en grande précarité. Les discours des personnes rencontrées en UHU tournent beaucoup autour de l'impasse dans laquelle ils se trouvent coincés et sans perspective. Les conditions de vie en UHU sont présentées comme délétères pour la santé mentale : honte d'être en ce lieu, vie en promiscuité avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou d'alcoolisme, nature des relations humaines en UHU impliquant une nécessaire méfiance entre les personnes hébergées, exposition à des violences et agressions dans les murs de l'UHU comme à l'extérieur, stigmatisation... Les personnes rencontrées dépeignent cette médiocrité des relations humaines qui, ajoutée à l'absence de perspective de jours meilleurs, représente les conditions adéquates du « pétage de plomb » ou de la « vague de violence », pour reprendre les mots utilisés par certaines personnes rencontrées vivant dans en UHU. La violence peut alors représenter le seul moyen de communication audible en l'absence d'espace de prise en compte de ce qui est vécu.

Une politique de santé mentale parmi les personnes en grande précarité devrait nécessairement se pencher sur les conditions de vie des personnes ainsi que sur la possibilité de sortie de ce monde (faciliter l'accès aux CHRS par exemple).

4. L'accompagnement au long cours et dans la vie quotidienne

a) La question de l'observance

Pour les patients suivis dans un CMP, les visites à domicile des infirmières du CMP semblent jouer un rôle préventif du décrochage complet des soins⁶. Elles viennent vérifier que tout va bien et motiver pour une reprise des soins. Ce type de fonction semble essentiel dans les maladies au long cours où le patient traverse nécessairement des phases de désespoir. Cette inévitable succession de moments d'espoir et de désespoir fait dire à certains auteurs que la gestion d'une maladie au long cours est un « travail sans fin », les efforts concédés n'étant que très rarement récompensés. L'arrêt d'un traitement, par exemple, n'est pas nécessairement synonyme d'une volonté de ne pas se soigner. La difficile gestion des effets secondaires, l'état dans lequel met un traitement, la volonté de ne pas tout à fait faire disparaître des troubles pour garder un contrôle sur eux, la difficile compatibilité entre un suivi thérapeutique et d'autres aspirations existentielles sont autant de raisons qui peuvent faire que le traitement n'est pas suivi ou pas tout à fait comme le thérapeute le voudrait. Une trop grande injonction à l'observance peut conduire à rendre difficile l'expression des difficultés à l'être.

Arnaud explique cette difficulté d'engagement dans le soin. Les traitements étant tellement lourds, avec des effets secondaires très handicapants (ne plus avoir de désir sexuel par exemple) et ce parfois sans aucun sentiment d'amélioration, il nous explique la nécessité, selon lui, d'avoir un praticien à l'écoute de toutes ces difficultés et en qui le patient a confiance.

⁶ Ce qui est souligné par les participants au focus groupe sanitaire.

Un exemple tiré de nos récits de vie est à ce titre très intéressant. Il s'agit de Doris. Afin de consulter dans un lieu de soins plus près de chez lui, il change de CMP et donc de psychiatre. Celui-ci modifie alors son traitement, qui pourtant lui convenait très bien, nous dit-il. D'un traitement par injection, il passe à un traitement par goutte assez mal adapté selon lui du fait de sa mauvaise vue. Suite à ce changement de traitement, il subit des crises qui ressemblent à de l'épilepsie. Pour lui, les deux événements sont en lien. Son psychiatre étant en vacances, il décide d'arrêter son traitement. Commence alors un moment de « laisser-aller » pour Doris. Les infirmières viennent le voir à son domicile pour le motiver à retourner au CMP. Son psychiatre, de retour de vacances, prescrit des examens à Doris pour comprendre d'où viennent ces crises mais ne modifie pas son traitement. Doris qui est persuadé de l'implication de ce dernier songe à téléphoner à son ancien psychiatre pour qu'il dise au nouveau que le traitement d'avant lui convenait mieux.

Comme le suggèrent les expériences en matière de VIH par rapport aux consultations d'observance, la possibilité d'un lieu ou d'une écoute spécifique quant à la difficulté de son engagement dans le soin, en dehors de toute pression normative d'observance, pourrait sans doute participer à éviter les moments de rupture, souvent paroxysme d'une relation où les choses ne peuvent pas se dire.

b) Les difficultés du « vivre ensemble »

Plusieurs exemples tirés principalement des récits que nous ont fait Doris et Mohammed illustrent les difficultés de la vie dans la cité qui peuvent être rencontrées à la fois avec le voisinage comme avec d'autres personnes dans la rue.

Premier exemple : Des voitures se garent sur un emplacement non autorisé juste devant chez Doris. Quand il ouvre sa porte, celle-ci heurte les voitures mal garées. Cela lui a valu une altercation avec un propriétaire de voiture, qui a appelé la police. L'échange avec la police se passe mal, des propos que tient Doris sont mal interprétés par la police et les policiers le conduisent alors au poste toute une nuit. Le propriétaire de la voiture porte plainte, Doris écope d'une amende assez lourde, ce qui aggrave sa situation financière déjà difficile. Il se sent accusé innocemment. Troublé par ces faits, Doris est hospitalisé peu de temps après.

Dans le récit que fait Doris de cette histoire, l'observateur extérieur peut émettre plusieurs hypothèses sur ce qui a pu participer à envenimer la situation :

- l'inadaptation des réactions de Doris : quand la police lui demande de présenter ses papiers d'identité, il répond qu'il ne peut pas rentrer chez lui parce qu'il vient de nettoyer sa pièce ;
- mais aussi ses défauts d'élocution, dont on peut penser qu'ils étaient accentués par la tension de la situation : il dit à la police qu'ils feraient mieux d'aller « *s'occuper des bougnoules qui vendent de la marchandise à leur barbe à la Porte d'Aix* », les policiers, d'origine maghrébine, entendent que Doris les traite de « bougnoule », motif pour lequel il dit être placé en garde à vue pendant une nuit et condamné ensuite à verser une amende.

Doris fait part d'autres anecdotes de la même teneur où des conflits avec son voisinage l'amènent à s'acquitter de frais qu'il considère ne pas devoir payer et qui aggrave son état, nous raconte-t-il.

Mohammed témoigne lui aussi de difficultés de cohabitation avec ses voisins, des plaintes sont déposées contre lui. La rue est aussi la scène de survenue de problèmes avec d'autres personnes, dérivant parfois en scènes violentes. Dans le cas de Mohammed, la police présente dans la rue joue un rôle de médiation et de temporisation et permet de désamorcer les conflits en faisant intervenir le médecin qui suit Mohammed.

Ces difficultés de « cohabitation » dont font part Doris et Mohammed soulignent les difficultés d'insertion sociale et de vie dans la cité que peuvent rencontrer certaines personnes ayant des troubles psychiques. Dans le second cas, des acteurs dont ce n'est pas le métier remplissent un rôle de

médiation, limitant les effets négatifs de ces difficultés à cohabiter. Dans le cas de Doris, l'absence d'acteurs de proximité pouvant faire de la médiation avec voisins, personnes de la rue ou police le conduisent à des condamnations (prison avec sursis, amende), autant d'injustices ressenties qui aggravent son état. Si les infirmiers se déplacent au domicile pour vérifier que Doris va bien et l'encourager à suivre son traitement, personne n'intervient dans ses différends de voisinage et c'est alors l'issue judiciaire et le système d'amende qui règlent (ou plutôt participent à dérégler encore plus) la situation.

En terme d'intervention, ces difficultés dénotent de l'importance que pourrait avoir une intervention de médiation. Ces heurts dont chacun pourrait se demander s'ils relèvent de sentiment de persécution de la part des personnes ayant les troubles ou de véritables stigmatisations vécues par celles-ci, mériteraient sans doute d'être démêlés par des personnes extérieures. Les difficultés de communication de Mohammed et de Doris, liées aux troubles, à des problèmes d'élocution mais aussi à une mauvaise maîtrise du Français, sont certainement accentuées par la tension générée par ces situations et expliquent sans doute en partie la mauvaise tournure que prennent parfois les relations de voisinage.

B. focus social

1. Rappel de la composition du groupe, de la date, de la durée

La réunion du focus groupe composé de professionnels du champ social a eu lieu le 26 juin 2007. D'une durée de 3 heures, elle a réuni cinq professionnels travaillant dans le champ de l'insertion sociale :

- un directeur d'un accueil de jour ;
- un chef de service d'un accueil de jour ;
- un chef de service dans une association œuvrant pour l'accompagnement des personnes qui souffrent de troubles psychiques ;
- un responsable de secteur d'une tutelle associative ;
- un assistant social travaillant dans une structure publique sur les dossiers RMI.

2. Dynamique de la réunion

De manière générale, la discussion s'est déroulée sans qu'aucun désaccord ne surgisse entre les participants. La dynamique était plutôt celle de l'accord et du renchérissement sur les idées exposées. Le recours aux exemples fut nombreux dans ce focus groupe. Certaines histoires étaient connues de plusieurs des personnes réunies, sans que celles-ci ne se connaissent entre elles. Ce fut donc l'occasion de reconstituer des histoires de prise en charge où plusieurs interlocuteurs apportaient un témoignage convergent.

La question d'amorce était la suivante :

« Quelles sont, selon vous, les difficultés principales auxquelles sont confrontées les personnes ayant des troubles de santé mentale à Marseille ? »

La première réponse formulée traite de l'inadaptation de la prise en charge en terme d'insertion professionnelle des personnes ayant des troubles psychiques, d'autant plus importante que les travailleurs sociaux ne sont pas en mesure de repérer les « *troubles psychiques* ».

La discussion démarre donc sur un regard posé sur le champ du social. Puis la thématique du soin émerge par le biais des difficultés de collaboration entre « social » et « sanitaire ». C'est là-dessus que

les autres interlocuteurs rebondissent alors, la discussion restant ensuite principalement centrée sur leurs difficultés à travailler avec les professionnels de la psychiatrie et sur les dysfonctionnements perçus de celle-ci.

Le ton est parfois très amer et la discussion est empreinte d'émotion et reflète bien ce qui est vécu de la façon la plus vive par les travailleurs sociaux. L'emploi de certaines phrases montre, pensons-nous, que la parole s'est trouvée en cette occasion en quelque sorte débarrassée (même si nous savons qu'elle ne l'est jamais complètement) des normes habituelles de présentation :

« Puisqu'on se lâche, je vais me lâcher en plein »

Les participants se rendent bien compte par moment que leur ton est peut-être un peu trop à charge contre la psychiatrie et que ceci contient le risque du discrédit inhérent à tous les discours trop tranchés.

« Bon j'en ai un peu après les psychiatres mais c'est pas tout à fait comme ça que je voudrais le dire, bah oui parce que je rejoins un peu Madame, je suis en colère ».

Et pourtant à force d'exemples, d'illustrations, les participants tentent de montrer qu'ils ne sont pas partiels dans leurs jugements mais qu'ils perçoivent des dysfonctionnements criants du côté de la psychiatrie.

La thématique de la violence est récurrente au fil de cette réunion, les travailleurs sociaux relatant de nombreuses expositions à des agressions et à des décompensations violentes sur les lieux du social.

3. Difficultés de communication entre le social et la psychiatrie

a) La parole des travailleurs sociaux non prise en compte par la psychiatrie ?

Cet axe est l'un des plus présents dans la discussion, un des messages que les participants au focus groupe veulent faire passer : la parole des professionnels du champ social n'est pas prise en compte par les professionnels de la psychiatrie quand il s'agit pour les premiers de signaler une situation pour laquelle ils pensent que la psychiatrie doit intervenir.

Deux types d'arguments sont exposés pour prouver la validité de leurs signalements :

- leur longue expérience professionnelle ;
- plusieurs récits d'histoires pour lesquelles les travailleurs sociaux ayant repéré l'imminence d'un passage à l'acte ont tenté de prévenir différents interlocuteurs : institutionnels, hospitaliers, psychiatres de secteurs, sans que leurs avertissement ne soient suivis d'effets. Dans plusieurs des cas mentionnés, la pertinence du jugement est prouvée par le passage à l'acte constaté *a posteriori*, selon les témoignages des professionnels présents.

Le sentiment exprimé lors de la réunion de focus groupe est que leur voix n'est pas prise en compte, de façon injuste, les psychiatres ne leur reconnaissant pas les capacités de repérer des situations qui relèvent de la psychiatrie.

Ainsi parle une assistante sociale du CCAS au sujet du CMP : *« ils ne m'ont pas prise en compte ».*

Un autre professionnel explique : *« Effectivement on n'est pas reconnu en tant que professionnel de la santé, c'est normal, on n'est pas des professionnels de la santé mais on travaille au quotidien avec des gens qui vont pas bien et effectivement avec une grande montée en volume de personnes en souffrance psychique ».*

De plus, l'absence de prise en compte des alertes est parfois suivie, après le passage à l'acte, de reproches de non-signalement, selon un des participants :

« Ce que l'équipe a très mal vécu, c'est d'avoir alerté, d'avoir essayé via les psy de se mettre avec leurs anciens psychiatres parce qu'on a quand même un peu l'histoire et de s'entendre dire une fois qu'elles étaient en HO et hospitalisées : vous auriez dû alerter ».

C'est en quelque sorte le summum de la parole donnée dans le vide : personne ne se souvient qu'elle ait été prononcée.

Les participants expriment ainsi le sentiment de ne pouvoir compter sur personne dans des situations qu'ils décrivent comme très compliquées et pour lesquelles ils disent ne pas avoir les compétences nécessaires, la réponse que leur fait la psychiatrie étant qualifiée de « *fin de non recevoir* ».

L'absence de prise en compte des alertes des travailleurs sociaux entraîne deux stratégies pour renforcer le poids des signalements :

- la multiplication des acteurs prévenus ;
- la mise en responsabilisation de certains acteurs et des tactiques pour éviter de mettre en cause leur propre responsabilité. Ainsi certains expliquent dorénavant faire leur signalement par écrit afin d'en conserver une preuve.

AS : *« Moi j'ai fait des écrits très, très hauts, aux directeurs de psychiatrie, à la Ddass... »*

Les mêmes tactiques sont utilisées par le directeur d'un accueil de jour pour « forcer » la prise en charge d'une personne pour laquelle il considère le soin comme nécessaire :

« Le médecin a refusé de la prendre en charge. J'ai dit « attendez là ! Moi de deux choses l'une, à quatre heures, je ferme si à quatre heures cette dame est sur le trottoir et qu'il lui arrive quelque chose, vous engagez votre responsabilité alors, pour dégager la mienne vous me signez un papier en disant : « je soussigné docteur machin certifie avoir observé madame machin, madame X d'ailleurs, on ne savait pas qui c'était et elle ne nécessite aucune prise en charge médicale à l'heure qu'il est » Et après, vous pouvez partir. Eh ben, ils ont embarqué la dame ! »

b) La capacité des travailleurs sociaux à repérer les problèmes qui relèvent de la psychiatrie : une compétence ambiguë ?

Faire reconnaître leurs compétences pour repérer les personnes qui relèvent de la psychiatrie semble être un enjeu majeur pour les participants du focus groupe social.

Le discours tenu sur la capacité à repérer, construite par leur longue expérience, va de pair avec un discours sur leur absence de compétence en psychiatrie, qui vient étayer les propos sur les difficultés à prendre en charge des personnes ayant des troubles psychiatriques.

Le 1^{er} point – leur capacité à repérer – est longuement développé au fil de cette discussion et pour le prouver les professionnels relatent de nombreux cas où leurs alertes se sont révélées pertinentes compte tenu des passages à l'acte constatés ultérieurement.

Le 2nd point – leur absence de compétence dans le champ de la psychiatrie – est lui aussi souvent mis en avant. Ce discours semble être adressé aux psychiatres, dans le but de rassurer ceux-ci quant au respect du champ de leurs compétences par les travailleurs sociaux. On peut penser qu'il sert aussi à légitimer le fait de ne pas être en mesure de prendre en charge les personnes ayant des troubles de santé mentale.

Toute l'ambiguïté repose donc sur cette volonté de faire reconnaître leur compétence dans le repérage tout en rappelant leur absence de compétence en psychiatrie.

AS : *« donc le refus de lâcher prise en psychiatrie, donc, « c'est mon morceau, c'est mon malade et laissez tomber ! Vous n'avez pas à poser de diagnostic ». Je ne tiens pas poser de diagnostic. »*

AS CCAS : « le problème c'est tant de repérer la pathologie, je vais pas dire que je suis une experte en psychiatrie, loin de là, mais je travaille depuis 30 ans, sans mettre de nom et sans mettre de mot parce que je n'ai aucune compétence, y a des fonctionnements qui font que quand même ça dysfonctionne et qu'on est apte à dire y a un problème, il faudrait interpellé. »

Un autre professionnel, ayant alerté les hôpitaux sur une situation qu'il avoue avoir mal évalué, le passage à l'acte ayant été plus grave que celui prévu, s'en défend d'un « *mais c'est pas notre boulot* ». Une fois de plus, son alerte avait été sans effet, raconte-t-il.

On peut faire l'hypothèse que ces phrases qui semblent viser un public absent, les psychiatres, témoignent de reproches formulés à l'égard des travailleurs sociaux ou tout du moins d'une prise de conscience de l'ambiguïté qu'il y a à se dire capable de repérer.

Quand bien même les participants disent et répètent leur incompétence dans la psychiatrie, leur conviction très forte de la nécessaire intervention de la psychiatrie dans certains cas semble être loin de la circonspection avec laquelle s'exprime le plus souvent les personnes dans un champ pour lequel elles déclarent ne pas avoir de compétence.

c) Autre ambiguïté : le caractère « soignant » des structures sociales

L'ambiguïté précédente est renforcée par une autre ambiguïté sur ce que font les structures sociales : certains participants avancent que ces structures soignent, qu'un éducateur « *participe de quelque chose qui est soignant* », dit un participant. Pour l'une de nos interlocutrices, si la psychiatrie reconnaissait cela, une voie de collaboration pourrait être trouvée pour construire des réponses d'ordre médico-social.

d) La difficulté de construire un travail partenarial ou en réseau avec la psychiatrie

Les participants déplorent des difficultés voire une impossibilité à collaborer avec la psychiatrie. C'est le manque de communication qui est au cœur de ces difficultés : d'une part les travailleurs sociaux ne sont pas écoutés par les psychiatres, d'autre part, ceux-ci sont perçus comme ne souhaitant pas parler aux travailleurs sociaux.

Les participants au focus groupe évoquent leur souhait que les psychiatres leur donnent des éléments sur les pathologies des personnes afin de pouvoir les prendre en charge de la manière la plus adaptée. Par leur souhait d'avoir des informations sur un patient, les travailleurs sociaux touchent peut-être à une autre des limites qui jalonnent les métiers de la santé : celle du secret médical. La difficulté pour obtenir des informations sur un patient fait aussi l'objet d'incompréhension de la part des travailleurs sociaux.

Ils disent en effet attendre des psychiatres qu'ils expliquent quelle est la maladie des personnes dont ils s'occupent, non pas en donnant le nom de la pathologie mais en recommandant aux travailleurs sociaux des bonnes attitudes, des manières de parler qui pourraient garantir le bon déroulement de la relation entre le travailleur social et la personne ayant un trouble de santé mentale. Certaines relations avec des psychiatres « collaborant » sont restituées dans l'objectif de montrer à quel point cette collaboration peut être utile :

*[c'est au sujet d'une personne connue du service qui revient sur Marseille après une hospitalisation en psychiatrie dans une autre ville française] : « Finalement le psychiatre de XXXX a accepté d'échanger avec moi. En me disant « voilà ce qu'il faudrait faire, essayez de contacter un psy, ce monsieur est sans traitement, c'est une bombe à retardement », enfin bon. Mais **il a écouté ce que j'avais à lui dire** et il m'a renvoyé alors des éléments de réponses depuis XXXX bon un peu... mais quand même des ébauches de solutions. Il y a des mots à pas dire, voilà il vaut mieux lui parler comme ça que comme ça.*

*Et voilà c'était un travail concerté à des centaines de kilomètres mais **quelqu'un qui se préoccupait de son patient mais qui se préoccupait aussi de ce que moi je lui disais. Et ça c'était important.** »*

Là encore l'ambiguïté est présente dans le discours des travailleurs sociaux qui disent parfois ne pas vouloir connaître le diagnostic mais aussi souhaiter avoir des informations sur la pathologie et sur le comportement le plus adapté à cette pathologie.

Le travail en réseau, le partenariat, le « maillage » entre le sanitaire et le social sont perçus comme nécessaires. Certains participants ayant eu des expériences professionnelles dans d'autres villes de France présentent la situation d'extrême cloisonnement comme étant spécifique à Marseille, les choses étant plus faciles dans les villes plus petites ou dans celles qui ont mis en place un réseau ville-hôpital.

Cette absence déclarée de lien entre le sanitaire et le social se traduit par une absence de suivi et de continuité entre le moment où la personne est hospitalisée et celui où elle sort de l'hôpital pour retourner vivre dans les structures « sociales », aux dires des participants.

e) Une psychiatrie rappelée au sens commun

Dans de nombreux cas, l'urgence des situations est, du point de vue des professionnels du champ social, évidente. Les réponses en terme d'« *il n'y a rien d'avéré* » de la part de la psychiatrie font sortir de leurs gonds les travailleurs sociaux qui disent voir le danger arriver.

Le ton devient franchement ironique lorsque les travailleurs sociaux reprennent des propos entendus sur certaines situations : « *ce sont tes propres représentations que tu vois dans ce monsieur* » ou « *c'est tes propres peurs que tu projettes* ».

D'où des appels à la psychiatrie comme suit : « *il faut qu'on arrête là, on redescend sur terre quoi !* ».

Quand dialogue il y a, il semble être souvent difficile, l'appréciation spontanée des situations n'étant pas partagée.

Plusieurs images sont utilisées par les participants pour décrire les rapports qu'entretient la psychiatrie avec les travailleurs sociaux : la psychiatrie est qualifiée d'« *autiste* », la communication se fait par « *hygiaphone* », les travailleurs sociaux parlent de « *gros malaise* ».

4. Insatisfaction des prises en charge proposées par la psychiatrie

a) Incompréhension des limites d'intervention de la psychiatrie

L'impossibilité d'intervention sur des cas difficiles en dehors de la volonté des personnes concernées reste parfois difficile à comprendre du point de vue des professionnels du secteur social qui ont l'impression qu'il faut attendre la catastrophe, le passage à l'acte violent pour qu'il se passe quelque chose en terme de prise en charge médicale.

AS : « *Il faut qu'ils insufflent ce type de comportement, de retourner vers les gens qui ne viennent pas vers eux et qu'on arrête de parler de volontariat sur des pathologies où les gens sont tellement déments que de toutes façons, je veux dire, ils le feront jamais, ils vont agresser tout le monde, ils vont s'agresser eux-mêmes et on arrivera à rien !* »

b) Le refus constaté de prendre en charge les cas les plus difficiles

Des histoires sont relatées de personnes très problématiques qui auraient été refusées par la psychiatrie au motif de la complexité de la situation.

*« On avait le cas d'une jeune fille exclue de la Madrague pour y avoir mis le feu qui vient chez nous, qui décompense. Une espèce de dame un peu forte quand même, il a fallu 2 messieurs pour s'asseoir dessus en attendant l'arrivée des pompiers et de la police, et pas 2 gringalets, 2 hein. Elle revient elle nous donne sa souffrance, elle nous l'amène, elle nous dit qu'elle va pas bien, qu'elle veut être hospitalisée. On fait ce qu'on peut, un salarié prend sur lui, je me dis, après coup il était un peu en danger mais bon, enfin sur le moment peut-être pas. Il prend sur lui, il ne percute pas que les urgences c'est la Conception, il l'amène à la Timone, en essayant de la faire hospitaliser à la Timone. C'était où ils étaient en train de déménager. Sur ce, la porte est close des urgences psychiatriques, elle décompense dans le hall de la Timone. Ils appellent une ambulance pour la mettre dedans, pour l'emmener jusqu'à la Conception. Bon Timone –Conception mais elle vociférait, elle tapait dans les portes enfin bon. Elle arrive à la Conception, derrière l'hygiaphone : « on la connaît, on en veut pas ». Le soir même, elle essayait d'étrangler sa mère. Donc je veux dire, au bout d'un moment, les médecins ils ont les compétences, ils sont payés pour, ils ont fait les études qu'il faut pour. Maintenant, il y a peut être un maillage à faire entre le médical et le social et je crois **qu'il faut que la parole de tous soit entendue** ».*

Devant de telles situations, les participants du focus groupe rappellent aux professionnels de la psychiatrie leur code de déontologie et le serment d'Hippocrate et en appellent à leur « *conscience professionnelle* ».

Par ailleurs, les sorties d'hôpital sont souvent considérées comme trop précoces, la « psychiatrie » renvoyant ainsi très vite des situations non réglées au « social ».

c) Le manque de structures spécialisées

La fermeture des CMP le week-end est fortement regrettée des professionnels. Cela aboutit selon eux à des difficultés supplémentaires : des personnes qui ont une délivrance quotidienne de médicaments obtiennent leur traitement pour le week-end tout entier, ce qui comporte le risque de la tentative de suicide pour certains.

De plus, dans le focus groupe social, un des professionnels présents déplore la fermeture d'une structure nommée la Maison Rose, qui est un CATTP. Or, cette structure n'est pas fermée.

« La Maison rose qui était un accueil de jour pour personnes en souffrances psychiques où on pouvaient leur délivrer leurs traitements, bénéficier d'un accompagnement et d'un soutien adapté à leur souffrance et c'est vrai que ces gens là, maintenant ils sont dans la rue donc ils sont en accueil de jour, dans les institutions, pris en charge en collectivité la nuit avec tout se que ça peut représenter de moments anxiogènes ».

Au-delà de la méconnaissance des structures existantes dans le champ de la psychiatrie par les professionnels du social, cette anecdote témoigne de leur vision pessimiste du système de prise en charge.

d) *L'absence de considération du patient dans toutes ses dimensions et dans l'ensemble de ses problématiques*

Les participants reprochent aux professionnels de la psychiatrie de ne pas prendre en considération les différents aspects de la vie de leurs patients.

ADJ : « *Parce que d'abord ils savent rien de ce que va vivre le patient en sortant de là. Ils se préoccupent à peine de savoir si le Monsieur ou la dame à un logement derrière. Qu'est ce que ça veut dire pour un patient psychiatrique à qui on file 3 cachetons de retourner à la Madrague ou à Forbin... Enfin peu importe, dans un mode collectif où il n'y a pas d'accompagnement derrière et où surtout on ne peut pas nous, accueil de jour ou CCAS ou autre, reprendre le relais le lendemain matin puisque c'est « je rentre, j'avale mes cachets, je ressors » et il n'y a pas de lien. »*

Ce reproche est aussi l'occasion pour les travailleurs sociaux de rappeler leur souci d'appréhender les personnes dans l'ensemble de leurs expériences de vie.

Enfin, le public SDF est présenté par certains travailleurs sociaux comme mal accueilli à l'hôpital, le comportement des psychiatres est qualifié de « méprisant », parfois.

e) *Quelques expériences encouragées*

Même si la description de leurs rapports avec le soin en psychiatrie est globalement très négative, certaines expériences ou initiatives sont présentées comme fonctionnant bien.

Il en est ainsi d'une équipe de liaison d'un CMP qui intervient dans des structures sociales et permet ainsi d'amener plus facilement vers le soin les personnes qui en auraient besoin. Cette équipe, perçue comme une alliée dans les difficultés quotidiennes, aurait une vision de la psychiatrie hospitalière proche de celle des travailleurs sociaux.

Ensuite, ce qui est mis en avant c'est l'hétérogénéité des situations d'un secteur à l'autre. La qualité des collaborations qui peuvent être mises en place serait très variable d'un secteur à l'autre. Ce qui discrimine les secteurs, selon les professionnels du champ social présent, c'est leurs limites d'intervention. La collaboration semble difficile dans les secteurs où les professionnels ne veulent pas intervenir sur une situation dès lors que la personne n'est pas volontaire ou qu'elle ne fait pas l'objet d'une mesure de soins sous contrainte. Pour les professionnels du social, il existe d'autres possibilités d'intervention au-delà de ces deux possibilités, comme celle d'accompagner les travailleurs sociaux pour donner un avis sur une situation ou d'établir un premier contact avec la personne sans attendre que celle-ci demande un soin.

« *J'ai travaillé pendant des années sur un arrondissement où j'avais aucun problème relationnel ou personnel à travailler avec l'équipe du CMP à savoir que quand je sentais, bon, à l'époque c'était des personnes âgées mais je veux dire quand je sentais que le lien se faisait autrement, quand je sentais qu'il y avait quelque chose, quand je me rendais compte que, je prévoyais la visite à domicile soit avec notre chef de service, soit l'infirmière. Y avait une visite avec moi éventuellement deux pour mettre la personne en confiance et là, y avait un diagnostic qui était posé voire une étude de la situation et puis lorsque je suis arrivée dans le quartier où je suis actuellement, j'ai eu le même genre de réactions par rapport au CMP à l'époque et là, j'ai eu tout un autre discours, je veux dire, **ils m'ont pas prise en compte.** »*

5. Une appréhension de la santé mentale à travers des figures paroxystiques de personnes cumulant troubles psychiatriques, grande précarité et violence

Les histoires sur lesquelles s'appuient les participants pour s'exprimer sur le système de prise en charge en matière de santé mentale sont quasiment toutes des histoires de « *décompensation* » (mot souvent utilisé dans le discours), de « *passage à l'acte* », de « *violence* ».

La capacité de repérage des travailleurs sociaux se fait sur la bizarrerie des comportements (« *avec un comportement quand même très énigmatique pour nous, très, très vociférant* »), sur la constatation d'actes (« *je pense à un jeune homme qui a posé un acte là y a quinze jours, qui a sorti un couteau assez long manifestement il voulait se suicider* »).

On peut penser que seuls les cas les plus visibles sont ainsi repérés.

Le discours d'un des participants en début d'entretien va dans ce sens : les professionnels sociaux non formés passent à côté de bon nombre de troubles psychiques (qui, dans son usage du vocabulaire, désigne ce qui ne relève pas de la maladie mentale avérée).

Toutefois, la discussion reste complètement centrée sur les pathologies psychiatriques pour lesquelles un danger existe, que ce soit pour la personne elle-même ou pour des tiers.

Ainsi dans les propos tenus, la violence occupe une place importante, allant de pair avec le thème de la peur et de la souffrance des travailleurs sociaux. La violence subie dans les équipes, la peur qui se développe par rapport à certaines situations sont fréquemment rappelées et des récits d'agressions sont présentés.

L'absence de réponse ou de prise en charge de certaines situations amène aussi les professionnels à faire part de leurs craintes en terme de sécurité publique.

« Certes on s'inquiète pour la personne qui manifeste sa souffrance, psychique ou psychiatrique et on s'inquiète aussi pour l'équipe de travailleurs sociaux parce qu'on a pas de personnel psychiatrique sur place et ensuite, moi, je m'inquiète parfois en tant que citoyenne. En me disant mais ce monsieur ou cette dame, on le remet dans la rue. Qu'est ce que ça peut vouloir dire de remettre quelqu'un dans cet état là dehors ? »

Si ces cas sont hautement problématiques et marquants pour les équipes de travailleurs sociaux, ce qui est largement visible dans le discours, plusieurs éléments nous permettent de penser que leur nombre reste assez limité :

- tout d'abord, l'un des cas qui est le plus longuement exposé au cours de la réunion est connu de deux participants qui ne se connaissaient pas avant cette réunion, l'un d'un accueil de jour et l'autre du dispositif RMI. Ils témoignent, chacun à leur tour, des efforts déployés pour essayer de trouver une solution à cette situation, en vain. Par ailleurs, cette même situation nous avait déjà été exposée, il y a quelques mois, au cours de notre enquête de terrain, par un autre professionnel travaillant dans un centre d'hébergement. Le nombre réel de cas très problématique est peut-être bien en deçà de ce que les discours rapportés peuvent laisser croire, la perception du grand nombre pouvant se nourrir du fait que ces cas concernent un grand nombre de professionnels qui chacun de leur côté tentent d'alerter. Les initiatives pour trouver une solution semblent se superposer : autour de la table deux professionnels de champ d'intervention différents ont chacun de leur côté tenté de prévenir un grand nombre de professionnels sur cette situation ;

- ces histoires « extrêmes » marquent fortement les esprits, leur potentiel émotionnel voire traumatisant est important. Dans les discours, l'expérience unique est parfois décrite comme si elle était récurrente. Par exemple, un des participants qui relate une histoire de prise en charge difficile où une

personne lui a jeté un ordinateur, s'exprime en ces termes à plusieurs reprises : « *ils nous lancent des ordis sur la tête !* ». Il ne nous appartient pas de dire si cette formulation est une marque de traumatisme ou une tournure délibérée visant à faire passer l'idée de la gravité par celle de la régularité. Nous ne pouvons qu'en souligner le probable impact sur les interlocuteurs de ces professionnels qui peuvent imaginer une récurrence plus grande de ces histoires qu'elle n'est en réalité.

6. Les formes moins extrêmes de santé mentale dégradée

Le discours recueilli montre à quel point la conception continue de la santé mentale n'est pas, dans le domaine du travail social, utilisée comme manière de penser et que l'on reste plutôt dans un schéma dichotomique.

L'accent mis sur les cas les plus extrêmes participe d'une mise à distance des problèmes de santé mentale en en faisant un caractère de l'altérité (le fou, c'est l'autre). L'attitude inverse qui consiste à considérer la santé mentale comme un continuum et à mettre en avant les formes les plus communes et les moins extraordinaires de santé mentale dégradée participerait au contraire à les banaliser et à les déstigmatiser.

Les formes de troubles de santé mentale en dehors de ce que les participants nomment les « *pathologies psychiatriques avérées* » ne sont que très peu évoquées, si ce n'est au tout début de l'entretien par un professionnel de l'insertion. Son propos est le suivant : l'absence de repérage entraîne une attitude professionnelle non adaptée et donc un échec dans la prise en charge. La pression à l'insertion inhérente au contrat RMI ne peut convenir à des personnes souffrant de troubles psychiques à qui l'AAH conviendrait mieux. Ce peut être le rôle d'un psychologue, nous explique ce professionnel, que de faire prendre conscience à la personne de ses troubles pour l'amener vers les soins. Ce propos n'est pas repris par les autres participants.

C'est à la présentation du cas de Babeth que, forcés par l'exercice, les professionnels s'expriment sur ce type de cas présentant des troubles de santé mentale plus ordinaires⁷. Cette invitation à poser un regard sur une situation qui pourrait être la sienne déconcerte les participants qui pensaient que l'on allait travailler que sur les cas qui leur semblent très difficiles voire insolubles.

Les cas de personnes comme Babeth ne posent pas de problèmes, disent les participants, car ce sont des personnes qui demandent de l'aide et expriment leur mal-être. Pour eux les solutions existent, le système existant permet de régler assez facilement ce type de cas. De plus, les travailleurs sociaux se considèrent en capacité d'agir dans de telles situations :

ADJ : « *ils viennent déposer certaines choses pour certains après bon, nous on écoute, on oriente, on aide, on soutient, on se préoccupe, comment ça va, enfin bon voilà, on accompagne par la main.* »⁸

Les actions développées autour des personnes en souffrance comme orienter, aider, écouter... pourraient être considérées comme des actions de santé mentale, si l'on s'en tient aux définitions que propose M. Joubert par exemple (Joubert and Bertolotto 2004). Toutefois les professionnels du champ social n'interprètent pas leurs actions sous cet angle.

Quelques problèmes sont évoqués, de manière très superficielle : le caractère stigmatisant du CMP qui fait que certaines personnes refusent de s'y rendre et la nécessité de connaître les psychiatres qui acceptent les personnes sous CMU.

Ces thématiques ne sont pas beaucoup développées, considérées sans doute comme peu importantes par l'assemblée réunie, en comparaison des cas marquants où la notion de danger domine.

⁷ Mot qui ne convient pas. Notre embarras à trouver un mot montre la complexité à désigner des choses non définies en matière de santé mentale.

⁸ Voir la partie consacrée au cas de Babeth ci-après.

7. La prégnance du modèle communautaire⁹

Le « communautaire » est une référence importante dans ce focus groupe de travailleurs sociaux. Tous les projets innovants présentés relevaient de cette voie. Les groupes d'entraide mutuelle¹⁰ (GEM) représentent pour ces professionnels un modèle intelligent, porteur de nombreux espoirs et déclinable selon plusieurs modalités. Plusieurs projets, de nature assez différente, sont qualifiés de GEM par les participants qui semblent mettre dans cette catégorie tous les types de projets où le bénéficiaire a un rôle actif, apportant lui-même ses compétences ou son savoir aux autres. Les autres exemples donnés d'initiatives entrant dans le cadre de la démarche communautaire sont les suivants :

- un groupe de parole de patients mis au point à l'hôpital sur le thème de la tutelle, afin de limiter les craintes ressenties par rapport à cette mesure ;
- une maison qui sous le contrôle d'une gouvernante héberge plusieurs personnes ayant des pathologies psychiatriques :
« C'est vrai que c'est très agréable de constater qu'entre eux ils s'apportent une entraide qui dépasse en fait, toutes nos histoires. Finalement, il y a en un qui va être spécialisé dans la cuisine donc il va aider la gouvernante parce que la gouvernante est là pour le repas du midi, elle laisse les consignes un petit peu pour le repas du soir, les provisions, elle fait les courses. Un autre qui s'est improvisé coiffeur alors il va avec son fils, ils vont coiffés tous les locataires et le fait de les avoir réunis au lieu d'avoir multiplié en fait, les problèmes, c'est le contraire qui s'est produit. »

L'autre voie à laquelle les professionnels sociaux sont convertis est celle de l'« aller vers » proposée par certains psychiatres actuellement à Marseille qui ont mis en œuvre des consultations dans la rue. Les difficultés du public SDF rendent difficile le déplacement dans les lieux de soins ou dans les structures. La solution est alors d'aller vers eux, sur leur territoire.

« Alors que les gens seraient peut être moins agressifs si on allait les voir, effectivement, sur place que eux, de les déplacer. Tous déplacements de personnes ça génère énormément d'angoisse, quoi, d'angoisse ou d'autre chose. »

8. Ce dont il n'est pas question au cours de la réunion

Durant la réunion, aucune demande de compétences en interne n'est demandée, qu'il s'agisse de formation des équipes en place ou de recrutement de professionnels de la santé mentale.

Par ailleurs, les réflexions sur la santé mentale sont de fait principalement concentrées sur les psychiatres du service public de l'hôpital ou du secteur. Il n'est jamais fait ici mention du rôle des médecins généralistes, quant aux psychiatres libéraux ils ne sont quasiment pas évoqués.

Les contraintes dans lesquelles se trouvent les psychiatres du service public sont peu prises en compte. Enfin, dans cette réunion, les rapports complexes entre psychiatrie et ordre public ne sont pas du tout abordés. Les professionnels du champ social s'expriment comme si toutes les histoires relatées relevaient de façon évidente de la psychiatrie. Le difficile partage entre ce qui relève du soin ou ce qui relève de la justice n'est à aucun moment abordé par ce groupe.

⁹ Ce qu'on appelle santé communautaire regroupe toutes sortes d'actions dont le principe est que la communauté s'empare des questions de santé, dans une perspective de promotion. Il s'agit donc de reconnaître des compétences en matière de santé à d'autres personnes que les professionnels de soins, et notamment aux personnes qui par leur expérience de vie connaissent bien une pathologie. Ce modèle s'est développé dans le champ des addictions avec la mise en place de groupe d'auto-support. Les groupes d'entraide mutuelle, dans le champ de la santé mentale, s'inscrivent dans cette perspective.

¹⁰ institué par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

C. Focus sanitaire

Le focus groupe sanitaire s'est déroulé le mardi 3 juillet de 9h00 à 12h00, dans les locaux de l'ORS.

A cette réunion, étaient conviés différents acteurs du soin :

- un psychologue intervenant en CMP et en pavillon de secteur ;
- un psychiatre responsable de secteur HP ;
- un infirmier psychiatrique bénévole en dispensaire de soin ;
- un infirmier psychiatrique d'une équipe de liaison entre structures sociales et psychiatrie ;
- un psychiatre libéral et hospitalier ;
- un médecin généraliste ;
- un psychiatre responsable des urgences psychiatriques.

1. Introduction

Dans ce focus groupe, contrairement à celui qui réunissait des professionnels du champ social, des désaccords entre les participants ont été exprimés. Nous serons donc plus précis, dans cette partie, dans la désignation des personnes tout en respectant le principe d'anonymat. L'hétérogénéité des participants en terme de profession et de place occupée dans le système de soins explique certainement en partie ces désaccords.

Le thème le plus abordé au cours de la première partie du focus groupe fut celui de la place à accorder à la prise en charge sociale dans la prise en charge sanitaire. Ce thème fut lancé par le médecin généraliste, exprimant la difficulté à coordonner ces deux types de prises en charge.

Ce thème fut l'objet de controverses, opposant principalement le médecin généraliste aux psychiatres présents.

L'autre thème très central est le manque de moyen accordé à la psychiatrie et les dysfonctionnements que cela induit.

2. La question de la prise en charge sociale dans les structures de soins

a) *Désaccord sur l'opportunité de renforcer les prises en charge sociales dans les soins*

Le médecin généraliste dénonce « l'absence de concordance entre la prise en charge médicale et la prise en charge sociale » alors que, dit-il « il y a toujours par contre une concordance des soucis aux deux niveaux ».

Si la prise en charge médicale peut être assurée par le médecin généraliste, la prise en charge sociale accuse un retard souvent dommageable pour la personne, dénonce le médecin.

MG : « quand on a un malade qui est à la fois en souffrance et qui est en train de se désocialiser, on aurait besoin d'une double approche du problème, dans une dépression toute simple, réactionnelle à une histoire de chômage qui aurait à la fois besoin d'une prise en charge de ce problème social du chômage et puis de la prise en charge médicale peut être à côté et peut-être qu'on aurait même plus besoin de la prise en charge médicale après mais dans toutes les attitudes plus sévères, plus chroniques de désocialisation on aurait un fort besoin de cette double approche, d'une espèce de connivence et

d'opération entre les secteurs sociaux et les assistantes sociales, les organismes style COTOREP etc. et la prise en charge médicale. »

Ce type de problème de coordination entre la prise en charge médicale et sociale n'est pas présenté comme spécifique à la santé mentale : les médecins généralistes y seraient largement confrontés dans de multiples pathologies.

Certains participants rappellent que l'adéquation entre prises en charges sociales et sanitaires est mieux assurée dans le service public (CMP ou hôpital), par la présence de travailleurs sociaux dans les équipes.

Toutefois le « *déficit d'image* » associé à la psychiatrie publique crée beaucoup de réticence de la part des patients à consulter dans le public, ceux-ci préférant les praticiens libéraux et les cliniques dans lesquelles les prises en charge sociales restent pratiquement inexistantes.

Devant ce constat, le médecin généraliste plaide pour un déploiement des prises en charge sociales dans les cliniques privées et exprime aussi le souhait de voir celles du public se réaliser plus précocement.

Pour lui, même si le soignant doit s'occuper du soin, la question sociale concerne le médecin en ce qu'elle participe à la détermination de « *l'organisation globale du soin* ».

b) La psychiatrie comme mode de gestion des problèmes sociaux ?

Face à cette proposition de renforcer les prises en charge sociales dans le cadre sanitaire, les psychiatres ont exprimé quelques réticences voire désaccords.

Ces réticences se légitiment, selon eux, par deux choses :

- le fait que leur métier n'est pas de s'occuper des situations sociales des personnes. Ainsi parle un psychiatre :

« Je crois que le psychiatre, il est pas là pour régler des problèmes sociaux, donner des maisons aux gens, les soutenir dans leur insertion etc., etc. ». Notons ici que le souci du médecin généraliste était que les prises en charge sociales se réalisent dans des temporalités concordantes avec celles du soin, ce qui n'impliquait pas pour lui que ce soit les acteurs du soin qui réalisent les prises en charge sociales ;

- le fait que de plus en plus viennent en psychiatrie des personnes qui ont des problèmes sociaux mais pas de problèmes qui relèvent de la psychiatrie.

Cette tendance relève de plusieurs phénomènes : à la fois des pratiques d'orientation des professionnels, mais aussi des personnes elles-mêmes qui réclament plus de soins en santé mentale et enfin du système d'aide et d'assurance pour lequel l'angle sanitaire est plus protecteur que l'angle social :

- Le comportement de professionnels

Un psychiatre estime ainsi que parmi les personnes hospitalisées, beaucoup « *sont dans registre de révolte par rapport à la société, de dysfonctionnement, de désadaptation mais ne sont pas dans le registre de la psychiatrie* ».

- Les demandes des personnes elles-mêmes,

Psychiatre libéral « je pense que si on a perdu sa femme, qu'on est au chômage et qu'on vit dans un foyer, c'est sûr qu'on a des problèmes de souffrance mais on a pas forcément des problèmes du registre psychiatrique et là le problème c'est que beaucoup de personnes veulent consulter. »

- L'organisation du système d'aide et d'assurance : la meilleure prise en charge et considération d'une situation vue sous l'angle sanitaire plutôt que social.

Psychiatre, chef de service : « Quand quelqu'un est en souffrance au sens large du mot, y a une grande part de souffrance sociale derrière, sa tentation et son intérêt parce que le système est structuré comme ça, d'avoir une présentation la plus sanitaire possible, pourquoi ? Parce que les systèmes de soutien social sont construits autour de ça. Quand vous êtes un vieillard qui devient dépendant c'est beaucoup plus facile d'obtenir un passage infirmier à domicile si y a une petite pathologie à côté que de dire simplement je m'en sors pas parce que je suis vieux. »

Les psychiatres constatent ainsi que les services hospitaliers ou les cabinets de psychiatre sont surchargés de personnes ayant des problèmes sociaux mais qui ne relèvent pas, selon eux, de la psychiatrie¹¹. De plus, le système public souffre, selon eux, d'un manque de psychiatres qui a entre autres pour conséquence la difficulté de rencontrer un psychiatre pour un patient qui se rend au CMP.

La conséquence de cette inflation du recours aux psychiatres est la moindre disponibilité de ceux-ci pour ceux qui en auraient vraiment besoin.

« La psychiatrie devient le fond de l'entonnoir et on fait du bricolage et je pense qu'on passe à côté de pathologies quelques fois psychiatriques lourdes qui sont mal pris en charge au nom de la prise en charge de problèmes sociaux qui ne sont pas forcément psychiatriques. Je crois qu'on travaille tous là-dessus plus ou moins, je veux dire, c'est flagrant. Et c'est la même chose à la clinique, on a 260 lits, j'ai eu fait des statistiques de présence de patients, je pense qu'il y a facilement 30 % de personnes qui n'ont pas de pathologies psychiatriques qui justifient une hospitalisation. »

Ces positions contre le développement des prises en charge sociales dans les lieux de soins sont toutefois relativisées par une approche dynamique des trajectoires : les problèmes sociaux qui ne se règlent pas peuvent se transformer en « souffrance psychiatrique ». Le renforcement des services sociaux pourrait donc avoir un rôle préventif, d'« anticipation des problèmes psychiatriques ».

c) La question de la médicalisation à l'intérieur des structures sociales

Ce sont les deux infirmiers présents qui évoquent la présence importante de personnes souffrant d'une psychose à la rue ou en CHRS. La précarisation de ces personnes est mise en lien avec la baisse du nombre de lits à l'hôpital et le vieillissement de leurs parents.

Un infirmier évoque à ce propos les difficultés des travailleurs sociaux confrontés à des personnes souffrant d'une psychose, témoins de décompensations et peu outillés pour faire face. Un autre participant décrit la suppression des moyens médicaux disponibles à l'intérieur même des services sociaux. La tendance semble s'inverser dernièrement, un infirmier témoigne du retour de psychiatres et de psychologues dans les CHRS.

Dans le groupe de discussion, certains témoignent de demandes émanant des travailleurs sociaux afin d'obtenir des postes de psychiatres et de psychologues (demande non formulée dans le focus groupe social). Mais cette voie représente aussi pour certains une solution visant principalement à réaliser des économies puisqu'il serait moins cher de « mettre du sanitaire » dans le social plutôt que de renforcer les moyens du sanitaire.

¹¹ On remarque ici que ces professionnels n'évoquent pas de difficulté à discerner ce qui relève de la psychiatrie et ce qui n'en relève pas.

3. Le fonctionnement du système de soins en santé mentale

Les deux problèmes principaux relevés sont d'une part la gestion du système de santé et d'autre part la définition du champ d'intervention de la psychiatrie dont les limites et les pratiques sont l'objet de controverses (les deux étant liés puisque c'est la logique économique qui conditionne les modèles thérapeutiques, semblent dire les psychiatres).

a) Une gestion controversée du système de santé

La critique du mode de gestion actuel du système de soins en santé mentale est faite à plusieurs reprises. La perspective définie comme purement gestionnaire et qui consiste à vouloir rendre le système « rentable » est dénoncée comme étant la cause de la dégradation du système de soin en psychiatrie. La logique du « flux tendu » provoque l'absence de disponibilité de places et de professionnels aux moments où les patients en ont besoin.

Un psychiatre en rend compte de la façon suivante :

Psychiatre, chef de service : « Tant qu'on cherchera à gérer la santé à flux tendus c'est-à-dire avec simplement un problème de production de soins qui doit avoir une rentabilité maximum, on pourra pas mettre ça en place. Pourquoi ? Parce que y a aucun système qui permet la disponibilité et le flux tendus en même temps. Si vous avez un pompier, il faut qu'il soit libre pour intervenir sur le feu, il faut pas qu'il soit tous le temps au feu sinon ça marche pas. »

Ceci aboutit, selon les participants du focus groupe, à :

- des délais d'attente trop longs pour les consultations. Il est expliqué par exemple que les délais d'attente sont de 3 mois pour avoir une consultation dans un CMP¹² ;
- une baisse des lits en psychiatrie qui entraîne des difficultés à hospitaliser et des hospitalisations considérées souvent comme trop courtes. Cette baisse des capacités d'accueil à l'hôpital est mise en lien, par un des professionnels présents, avec le fait que de nombreuses personnes souffrant de psychose, selon lui, se retrouvent à la rue, surtout lorsque les familles vieillissantes ne peuvent plus s'occuper d'eux. Personne dans le groupe ne conteste ce diagnostic. Cette diminution des capacités d'hospitalisation se fait, selon les participants, pour des raisons économiques ;
- Cette baisse des possibilités d'hospitalisation serait, selon certains participants, comblée par une augmentation des maisons d'accueil spécialisée (MAS). Ces lieux sont décrits comme des endroits où on met les personnes ayant une pathologie psychiatrique, à l'écart, sans garantie de soins.

« Mais c'est vrai que dans le système actuellement, on est en train de diminuer le nombre de lits en psychiatrie mais on recrée « crazy city » avec les MAS parce que quand même qui ont une fonction très perverse, c'est l'iceberg, c'est-à-dire qu'on va garder des services avec des DMS¹³ très courtes, avec entre guillemets des patients qui sont bon répondant et puis le patient qui est pas répondant il aura plus sa place en psychiatrie et donc on va l'envoyer où ? De nouveau à « crazy city ». Qu'est ce qui se passe à l'hôpital, y a de la MAS, pratiquement partout y a de la MAS, on est en train de nier la réalité de la prise en charge du patient psychotique, schizophrène qui est au long cours ».

¹² Les données exploitées dans le tableau de bord sur la santé mentale à Marseille par l'ORS (Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ville de Marseille. (2007). Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille) n'attestent pas ce constat. Le délai moyen pour obtenir un premier RDV serait en fait de 13,2 jours à Marseille avec un délai maximum dans un CMP de 48 jours.

¹³ Durées moyennes de séjour

b) Questions des filières de soins par type de pathologie

Au cours de la discussion, des regrets sont exprimés par rapport à des spécialisations non officiellement reconnues qui régulaient le système de soins auparavant et qui auraient désormais disparues.

Ainsi est décrit un temps où le CMP et l'hôpital étaient réservés aux personnes souffrant de psychoses tandis que le privé, par les psychiatres libéraux et les cliniques, prenait en charge les personnes souffrant de névroses.

Maintenant, expliquent les professionnels présents, le profil des consultants en CMP s'est diversifié créant une surcharge de ces services et ne garantissant plus de ce fait l'accès aux soins des personnes souffrant d'une psychose.

« *Les choses se sont confondues* », nous dit un psychiatre.

Ce dérèglement du système peut générer des comportements de violence, perçus par un de nos interlocuteurs psychiatre comme seule possibilité de débloquer une situation.

« *C'est que la violence par exemple tout le monde sait qu'un recours à un moment donné à la violence débloque une situation, c'est malheureux mais vous avez un système complètement bloqué, quelqu'un se met à être violent et à ce moment là, il se joue quelque chose de complètement différent, il se passe quelque chose d'un autre registre, on remobilise autour de cette personne, tout un intérêt, tout un ensemble de choses et je veux dire, la violence elle est payante au sens Darwinien du mot, c'est à dire qu'il y a quelque chose qui permet qu'on s'en occupe.* »

c) La définition du champ de la psychiatrie

Un des problèmes majeurs, du point de vue des psychiatres, est que la profession s'est « déspecialisée ». Cette déspecialisation est visible à travers la disparition du diplôme d'infirmier en psychiatrie et l'accès facilité au titre de psychiatre, d'après eux.

Pour eux, la pathologie psychiatrique relève de l'intervention des psychiatres. Ils fustigent ainsi les projets s'adressant aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques qui se font sans psychiatre.

« *Tout à l'heure quand on insistait sur le terme de psychiatre, c'est que je pense qu'il y a une dévalorisation globale de la psychiatrie par le fait même des psychiatres eux-mêmes qui ont accepté à certains moments de brader la spécialité psychiatrique en acceptant la suppression des infirmiers psychiatriques, en acceptant à certains médecins d'accéder au statut de psychiatres alors que moi je serais pas chirurgien après avoir passé trois mois de formation. Je crois que cette acceptation de la dévalorisation de la fonction de psychiatre nous amène à un constat qui est cuisant pour les patients (...) Je crois que la réponse n'est plus du tout à la hauteur des espoirs que peut avoir le patient qu'il suit. Ça, c'est grave.* »

Ces développements quant à la spécificité de la psychiatrie sont en lien avec les questions plus générales suivantes :

- quel est l'objet de la psychiatrie ?
- le curseur doit-il se déplacer de la maladie mentale vers la santé mentale, ce qui revient à dire que les psychiatres doivent travailler autour des formes dégradées de la santé mentale qui se situent en dehors de la nosographie psychiatrique ?
- la santé mentale relève-t-elle uniquement des psychiatres ou est-elle l'affaire d'autres professionnels ?

Les psychiatres participant au groupe de focus sanitaire semblent vouloir plutôt défendre les anciennes lignes qui définissaient la psychiatrie : les psychiatres sont dévolus avant tout à la prise en charge des pathologies psychiatriques pour lesquelles ils sont les intervenants les plus pertinents.

Ils se situent donc quelque peu en décalage avec certaines évolutions actuelles, notamment celles de prendre la santé mentale comme un continuum, position qui implique, selon certains auteurs les évolutions suivantes :

- positionner la psychiatrie dans le champ de la santé mentale dans le cadre d'un nouveau paradigme qui prendrait en compte toutes les formes de détresses ;
- garantir des soins qui soient réellement de proximité ;
- soutenir les actions communautaires ;
- travailler autour de la déstigmatisation ;
- développer les occasions de renforcement de l'estime de soi (Joubert and Bertolotto 2004).

Les psychiatres présents ne semblent pas adhérer à ce nouveau paradigme de leur profession mais plutôt défendre la spécificité des psychiatres qui est de s'occuper des pathologies psychiatriques. Ainsi, l'idée qu'ils défendent est que seul le psychiatre peut soigner les pathologies psychiatriques, un point qui, semble-t-il, ne fait pas consensus si l'on s'en tient aux propos entendus, par ailleurs, et reconnaissant des compétences « soignantes » d'autres professionnels (cf le focus groupe social où certains participants voudraient faire reconnaître le caractère « soignant » de la prise en charge par des travailleurs sociaux) ou de caractères « soignants » de certains modes de vie (comme cela est dit à propos de la communauté religieuse dans le focus groupe sanitaire).

Au-delà de la volonté d'étendre le champ de la psychiatrie à la santé mentale, une autre tendance semble remettre en cause les modalités de l'intervention psychiatrique : c'est d'appliquer à la psychiatrie le modèle médical, de plus en plus prégnant selon les psychiatres, de « diagnostic – traitement – recette ». Dans ces conditions, la psychothérapie aurait tendance à disparaître dans le secteur public aux dires des participants. Les psychiatres ne seraient plus formés à la psychothérapie. Toutefois on peut ajouter que l'offre psychothérapeutique semble pléthorique dans le privé mais que le coût de cette offre en fait une modalité thérapeutique dont l'accès serait devenu fortement inégalitaire de par sa raréfaction dans le secteur public¹⁴.

d) Le problème du tiers dans l'hospitalisation sur demande d'un tiers

Dans des termes assez proches de ceux des professionnels du champ social, le médecin généraliste rend compte des difficultés à établir une HDT et des difficultés générées par un service hospitalier qui n'avalise pas la demande d'HDT :

MG : « l'une des difficultés pour nous généralistes c'est quand on a la perception d'une nécessité d'hospitalisation et par exemple, sur la demande d'un tiers, d'arriver à nos fins, c'est-à-dire c'est le certificat initial, on envoie le malade là où il fut enfin on l'envoie pas, la famille le traîne ou les pompiers le traîne et le lendemain, on se retrouve dans une coupure totale de relation avec un patient qui est de nouveau chez lui parce qu'il a été renvoyé par les médecins hospitaliers des urgences en particulier mais il était pas sensé partir, en HDT quand même, et on a parfois une difficulté de coordination entre les médecins de ville et hospitaliers, en particulier, faute de contact notamment et allez savoir pourquoi, peut être parce qu'on est pas nos cabinets à l'heure où il doit nous contacter et nous qui connaissons ce malade, la difficulté de le garder chez lui, on gère ça dans le temps, on prend pas cinq minutes, on le jette souvent au bout de plusieurs mois de tentatives de maintien à domicile. C'est une situation qui est difficile, qui va nous briser un lien souvent, qui va altérer notre relation avec le malade par le médecin hospitalier, c'est quelque chose de difficile à vivre et de parfois néfaste pour les malades. »

Autour de la table, est discuté le lien entre l'acceptation ou le refus d'hospitalisation en HDT et la disponibilité des lits en psychiatrie. Plusieurs points émergent :

¹⁴ L'associatif participe à constituer cette offre avec par exemple, à Marseille, l'ouverture, signalée par les membres du focus groupe social d'un centre gratuit de consultation psychanalytique.

- l'acceptation ou le refus de faire l'HDT n'est pas seulement fonction de la disponibilité des lits ; la disponibilité des lits peut seulement intervenir sur des cas dits « limites » c'est-à-dire où la décision d'hospitaliser ou non n'est pas évidente à prendre ;
- certaines HDT ne sont pas justifiées et sont alors refusées. L'idée des hospitaliers est tout de même « *d'essayer tant que faire se peut de privilégier la prise en charge ambulatoire* », précise un psychiatre ;
- les professionnels hospitaliers essaient souvent de se mettre en contact avec les médecins à l'origine de l'HDT mais ils témoignent de difficultés à les joindre. Le médecin généraliste propose à ce sujet que le numéro de portable du médecin soit systématiquement inscrit sur la demande d'HDT.

Du côté des psychiatres, ce qui est dénoncé, ce sont les pratiques de contention physique aux urgences qui auraient tendance à se banaliser, selon les personnes présentes, sans qu'aucun moyen de contrôle efficace ne permettent pas de surveiller ces pratiques. C'est la pénurie de place qui est une nouvelle fois en cause.

Le médecin généraliste explique que dans un but de préserver la relation avec leur patient, les médecins généralistes ont parfois recours à SOS médecins pour que ce soit eux qui s'occupent de faire l'HDT. Un psychiatre présent s'insurge contre ce type de pratiques¹⁵. A son avis, la relation n'est pas en danger pour peu que le médecin vienne visiter le patient à l'HP et rediscute avec celui-ci de ce qui s'est passé.

« Parce que y a quand même une grande majorité de patient qui une fois sortis de l'accès aigu reconnaissent le bien fondé de cette hospitalisation forcée et je crois que c'est important de rediscuter de ça à ce moment là, de la même façon que quand nous aux urgences, on est amenés à attacher un patient parce qu'on a pas d'autres possibilités, je trouve tout à fait dommageable qu'on puisse pas avoir le temps ou la possibilité de reprendre ça avec le patient dans le pavillon où il était parce que de quelque chose d'extrêmement traumatique, on peut faire quelque chose qui l'est beaucoup moins. »

En reprochant aux médecins généralistes de ne pas assurer la suite de l'HDT, ce praticien pointe le facteur limitant ce type de suivi : le temps. C'est la même raison qui fait que les psychiatres ne vont pas rediscuter avec les patients lorsque ceux-ci ont eu des mesures de contention physique aux urgences.

4. L'accès aux soins en santé mentale

Ce thème est abordé par le médecin généraliste, plongé, par sa position, au cœur de la difficulté des amorces de soin en santé mentale.

Il identifie les problèmes à trois niveaux différents :

- d'abord le fait que les médecins généralistes sont débordés, n'ayant que peu de temps pour aborder les questions relatives à la santé mentale. A cela s'ajoute parfois une absence de formation dans le domaine, dit-il ;
- ensuite, pour les patients qui accepteraient une amorce de soin, la difficulté à obtenir un rendez-vous chez un psychiatre rapidement est présentée comme un frein à l'amorce des soins ;

¹⁵ Au cours de nos différentes entretiens destinés à mettre en place la première phase du recueil (les récits de vie), nous avons déjà entendu des discours concernant la difficulté de trouver un tiers pour formuler la demande d'HDT. Du côté du soin, certains reprochent aux professionnels du champ social de ne pas vouloir se constituer tiers, notamment les directeurs de structures d'hébergement qui sont, selon certains interlocuteurs que nous avons entendu, les personnes les mieux placées pour se constituer tiers de personnes hébergées dans leurs établissements. Du côté des professionnels du social, ce qui a été entendu se rapproche des propos du médecin généraliste : la crainte de détériorer la relation mise en place leur fait craindre d'être à l'origine d'une hospitalisation sous contrainte.

- enfin, du côté du service public, c'est sa mauvaise image et son potentiel stigmatisant – il est perçu comme le « *système de traitement des fous* » -- qui agit comme repoussoir pour des personnes qui auraient besoin de consulter.

Le rôle du médecin généraliste est présenté par les autres participants du focus groupe comme tout à fait central en matière de prévention et de dépistage précoce des troubles.

Un autre frein à un soin adapté exposé par les participants peut être la difficulté d'établir un bon diagnostic chez des personnes qui cumulent plusieurs types de problèmes et notamment des problèmes d'addiction.

Souvent ce type de comorbidité aboutit à une prise en charge de l'addiction, dans des structures spécialisées dans les addictions, sans prise en compte de la pathologie psychiatrique, expliquent plusieurs participants.

L'impact stigmatisant de la pathologie psychiatrique conduit aussi les personnes souffrant de comorbidité à se présenter plus sous le jour de leur addiction que sous celle de leur pathologie psychiatrique. Ce constat est étayé par le récit d'expérience d'un psychiatre :

« Pour avoir longtemps bossé en CSST, il y a aussi beaucoup de toxicomanes et d'alcooliques qui préfèrent se définir comme des toxicomanes et des alcooliques plutôt que comme des malades mentaux enfin surtout certains schizophrènes et c'est seulement à partir du moment où la structure de prise en charge a bien repéré que l'addiction était peut être qu'un symptôme, c'est extrêmement difficile voire impossible de réorienter ces patients vers une prise en charge psychiatrique, ils tiennent beaucoup à cette identité de toxicomane ».

5. Les pistes d'amélioration privilégiées par les participants du focus groupe social

Des pistes de solutions sont évoquées. Dans ce groupe, le problème principal est celui des moyens : la résolution des problèmes se situerait donc dans une attribution plus importante de moyens qui permettrait d'avoir des ressources disponibles rapidement et de diminuer le turn-over dans les équipes. Enfin, les regrets exprimés sur l'ancienne spécialisation du système font penser qu'un retour à des filières de prises en charge plus spécifiques par type de pathologie est perçu comme une façon de faire fonctionner le système de manière plus efficiente.

6. Les différences et similitudes entre les deux focus groupes

a) Le thème central de la collaboration « social – sanitaire »

Trois positions différentes ont été exprimées par rapport à cette concordance entre problèmes sociaux et problèmes psychiatriques :

- pour le social, ce qui ne fonctionne pas, c'est la démission de la psychiatrie sur les cas les plus difficiles. Les travailleurs sociaux ont alors à gérer des situations très complexes sans pouvoir compter sur le soutien des équipes de psychiatrie. Au-delà des manières de travailler, il semble y avoir un problème de communication : les travailleurs sociaux ont le sentiment que leur parole n'est pas prise en compte. A la lecture des propos tenus dans la réunion de focus groupe sanitaire, on a le sentiment qu'il s'agit plus d'une non prise en compte du champ de l'intervention social, puisqu'il n'en est pratiquement jamais question en 3 heures de discussion, que d'une non prise en compte de la parole des travailleurs sociaux.

Les difficultés de communication entre le social et la psychiatrie, thème majeur dans le focus groupe social, n'apparaissent pas dans le focus groupe sanitaire. Les participants de cette réunion ne formulent pas de reproches à l'encontre des travailleurs sociaux. Les précautions prises par les professionnels du focus groupe social sur leur respect des limites de compétences et du secret professionnel ne correspondent pas à des reproches formulés dans le focus groupe sanitaire.

Par ailleurs, la difficulté à établir des collaborations entre les structures sociales et les structures soignantes, écueil important exprimé par les travailleurs sociaux, n'est pas repris du côté de la psychiatrie. On peut formuler l'hypothèse que la non apparition de ce thème traduit l'absence d'importance accordée à ce type de collaboration ;

- pour le médecin généraliste, il y a un manque de coordination entre les prises en charge sociales et les prises en charge médicales, une difficulté à coordonner ces deux sphères d'actions qui pourtant participent toutes deux d'un règlement de la situation. Au-delà du problème de coordination, la temporalité de l'action sociale est perçue comme souvent trop longue. Selon lui, il faut dans le système de soins développer les prises en charge sociales ;
- enfin, position plutôt défendue par les psychiatres, trop de cas qui relèvent uniquement du social et non de la psychiatrie se retrouvent dans le système de soin. Cela participe selon eux à la saturation du système de prise en charge. Le développement des prises en charge sociales dans le système de soin ne ferait que participer à cette perversion du système.

b) La place accordée à l'approche communautaire

Le modèle communautaire et le travail de rue prôné par les travailleurs sociaux n'est pas évoqué au cours du focus groupe sanitaire. Pour les travailleurs sociaux, ces voies semblaient représenter de réelles sources d'espoir. Le silence des professionnels de soin sur ces modalités de travail reste difficile à interpréter.

Plusieurs pistes sont envisageables :

- il est possible qu'une trop grande proximité avec ces idées ait eu comme répercussion le fait de ne pas les évoquer ;
- ou alors ils considèrent ces voies de travail comme ne pouvant avoir que des impacts mineurs par rapport à des problématiques lourdes et structurantes qu'ils ont préféré mettre en avant ;
- enfin, peut-être perçoivent-ils l'impact de ces modalités de travail à un niveau qu'ils ne considèrent plus être du soin.

c) Des bases de réflexions très différentes

Si dans le focus groupe social, les cas sur lesquels s'appuyait le discours cumulaient pathologies psychiatriques, grande précarité, décompensation, violence, dans le focus groupe sanitaire les cas sur lesquels réfléchissent les participants sont beaucoup plus diversifiés.

Si cette différence tient probablement aux expériences pratiques respectives des participants, ce qui nous semble important de retenir c'est que l'imprécision des catégories en matière de santé mentale donne une grande hétérogénéité des contenus mis par les différents interlocuteurs dans ces catégories. Ainsi c'est surtout une précaution méthodologique que nous souhaitons ici pointer : face à l'imprécision des termes, une même expression est évocatrice de phénomènes très différents.

d) Des similitudes dans les discours

A plusieurs reprises, des similitudes ont pu être relevées entre dans les discours du médecin généraliste et des travailleurs sociaux, notamment sur les difficultés de faire hospitaliser quand les professionnels le considèrent nécessaire.

L'aspect économique dans les orientations en terme de soins en santé mentale est pris en compte autant par les travailleurs sociaux que par le généraliste (le souci du coût, du remboursement du patient quand il est en difficulté économique). De la part de ces professionnels, l'orientation se réalise plus sur les aspects économiques que sur l'évaluation clinique de la situation.

Par ailleurs, une même notion fut évoquée dans les deux focus groupes : celle de « pathologie sociale ». Cette expression qui érige les problèmes sociaux au rang d'une pathologie pose quelques questions. Elle laisse au minimum voir à quel point le modèle sanitaire devient une référence importante.

Cette expression, utilisée dans le focus groupe sanitaire, n'est pas explicitée. En revanche dans le focus groupe social, elle est définie :

« Les pathologies sociales, c'est tous ces gens que je dirais inadaptés dans la représentation qu'on s'en fait nous, dans ce qui est l'idéal, dans l'inadéquation entre ce qu'ils sont et ce qu'est devenue la société ou entre ce qu'est la société et ce qu'ils sont devenus eux et pour moi ça relève de la pathologie sociale, c'est-à-dire qu'il faut tout réapprendre, c'est un peu comme quelqu'un qui aurait fait un peu un AVC, qui serait resté endormi dans le coma pendant des années, et voilà, après il faut réapprendre, ça relève d'une pathologie. C'est plus ça leurs préoccupations, je veux dire, c'est quand on est dans l'antre de la survie : manger, dormir ou se soigner voilà ! C'est ce que disait Mme tout à l'heure, y a des codes qu'on oublie, ça crée un handicap pour s'insérer, pour avancer. C'est ça la pathologie sociale, c'est dès lors que ça crée un handicap. »

A la question directement posée de savoir si la « pathologie sociale » est du ressort des travailleurs sociaux, un des participants du focus groupe social répond que c'est souvent l'affaire de plusieurs professionnels, les atteintes (qu'elles portent sur la santé mentale ou sur la santé somatique) étant souvent nombreuses. Les professionnels insistent alors sur la nécessité que les professionnels travaillent tous ensemble :

« Pas de morceler à nouveau des prises en charge parce que les gens ne s'y retrouvent pas et ils sont considérés, comme je disais, un peu patient ou un coup psychotique ou un coup je suis SDF. Non, c'est une pathologie globale, voilà, et je crois que c'est autour de ça, je crois qu'il faut qu'on arrive tous autant qu'on est, en tout cas en intervenant auprès d'eux, notre productivité c'est l'humain entre guillemets, à replacer l'individu au centre des préoccupations et pas que l'individu sous une multitude de préoccupations. »

Ce souhait de travail en commun qu'expriment les travailleurs sociaux ne fait écho à aucune demande de la part des participants au focus groupe sanitaire même si certains sont soucieux de la qualité de la prise en charge sociale.

e) Les probables points de tensions entre le social et le sanitaire

Forts de l'analyse des deux focus groupes, nous pouvons pointer quelques problèmes sous-jacents aux positions tenues dans chacun des groupes professionnels :

- la frontière entre les personnes qui relèvent de la psychiatrie et celles qui n'en relèvent pas.
Il y a conflit de positionnement entre des psychiatres habilités à distinguer ce qui doit relever du soin ou non de par les compétences reconnues et des travailleurs sociaux qui de par leur expérience disent pouvoir distinguer là où la psychiatrie est nécessaire. Des deux côtés les

discours révèlent plus de certitudes quant aux capacités de distinguer quand les personnes relèvent de la psychiatrie que de doutes, situations peu favorables au dialogue, chacun se montrant certain de ses positions ;

- les manières d'établir (ou non) des collaborations.

D'un côté on voit des travailleurs sociaux qui se plaignent de la difficulté de communication et de collaboration avec le monde soignant tout en exprimant leur souhait de développement de collaboration où leur parole soit prise en compte et où la prise en charge de la personne se fasse de façon globale. Du côté des participants au focus sanitaire, on ne trouve pas l'équivalent de cette demande de collaboration ou de regrets exprimés sur les difficultés de communication. Le secteur public de psychiatrie met en avant ses pratiques pluridisciplinaires qui intègrent les prises en charge sociales. Mais il n'est pas fait mention des travailleurs sociaux en dehors de ceux qui font partie de l'équipe hospitalière ;

- les décisions d'orientation (et les raisons sur lesquelles elles se font).

Le cas de Babeth a particulièrement bien mis en exergue ce point : sur ce cas, les orientations qui semblent les plus pertinentes ne sont pas les mêmes du côté social que du côté sanitaire. Pour les premiers, c'est la situation économique qui détermine l'orientation tandis que pour les seconds c'est la situation clinique.

D. Le cas de Ferdinand

Voici la première trajectoire qui a été présentée aux deux groupes. Cette présentation succincte a été réalisée à partir des entretiens menés avec Ferdinand. Elle reprend donc son histoire à partir du point de vue qu'il en a lui-même au moment où nous réalisons les entretiens. Elle ne prétend pas à l'objectivité.

Ferdinand, d'origine étrangère, a une quarantaine d'années et habite depuis plusieurs mois dans un foyer d'hébergement d'urgence.

Il a une trajectoire marquée par plusieurs années de toxicomanie, moment durant lequel il dit avoir eu un « commencement de schizophrénie ». Sa famille l'a récupéré un jour, il était comme mort, dit-il. Il a été envoyé dans une communauté chrétienne quelques années dans laquelle il a découvert une foi qui l'anime toujours. Il décrit cette période de sa vie comme l'une des plus heureuses. Il sort de cette communauté parce qu'il va mieux. Il élabore ensuite un projet de voyage à travers l'Europe et arrive à Marseille en novembre 2005, s'installe en centre ville dans un campement précaire. Une association l'oriente vers un dispensaire de soins pour les plus précaires et vers un centre d'hébergement d'urgence.

Suite à une consultation au dispensaire, il découvre qu'il a une hépatite C.

Sa volonté de soigner son hépatite arrête son périple ; il s'installe dans un foyer dans lequel il est depuis quelques mois. Il n'a pas pu obtenir le RMI, n'a pas de revenus.

Le dispensaire où il consulte lui permet d'obtenir la couverture maladie universelle (CMU). Lors de son arrivée à Marseille, il explique avoir été submergé par une « vague de violence », il détruit des voitures, se montre violent envers des personnes. Par le biais du dispensaire, il consulte un psychiatre pendant quelques mois et prend des anxiolytiques et des antidépresseurs. Avec du recul, il dit qu'il s'agissait d'un problème de dépression.

Au moment de l'entretien, il ne voit plus de psychiatre parce qu'il se sent bien et parce qu'avec l'obtention de la CMU, il ne peut plus aller au dispensaire ; il lui faudrait trouver un « psychiatre particulier », nous dit-il.

Lors du 1^{er} entretien, son projet est de trouver un appartement ou une chambre pour être tranquille. L'impossibilité d'accéder à un logement est vécue comme une injustice.

Il dénonce les conditions de vie difficiles à l'intérieur de l'unité d'hébergement d'urgence, le fait de vivre au milieu de personnes qui consomment tabac et alcool alors que lui a du faire de gros efforts pour se sortir de tout cela. Il dénonce aussi les agressions et les vols que les personnes vivant à l'UHU subissent par ceux qu'il appelle les « petits marginaux » du quartier. Le contrôle qu'il a sur lui-même est sans cesse mis à mal par les conditions de vie qu'il décrit comme insupportables. L'absence de prise en considération de ces problèmes par les travailleurs sociaux le met hors de lui.

Lors du 2nd entretien, son projet est de retourner dans la communauté où il avait passé plusieurs années, remettant à plus tard son projet de voyage en Europe.

Présenté aux deux groupes, les discours produits à partir de ce cas sont assez différents.

1. De l'analyse du cas aux enseignements sur le système, deux attitudes différentes

On note du côté du focus groupe sanitaire une attitude perplexe, les participants cherchant à remettre en cause les interprétations spontanées qui pourraient être faites du cas, dans une démarche d'analyse. Du côté du groupe de focus groupe social, les éléments que met en avant Ferdinand sont moins l'objet de remise en cause.

Par exemple, Ferdinand parle beaucoup de ses voyages. Dans le focus groupe social on pense de suite aux voyageurs pathologiques, cas fréquent parmi les personnes reçues. Dans le groupe sanitaire, même si cette hypothèse est émise, on évoque d'autres possibilités : celle qu'il soit rom et que le voyage fasse ainsi partie de sa culture, celle qu'il migre pour des raisons économiques.

Voici un autre exemple de la différence d'appréciation des données présentées entre les deux focus groupes : le diagnostic de « schizophrénie » qui a été posé sur Ferdinand à un moment donné est pris tel quel par les professionnels du social qui s'inquiètent alors de son absence de suivi à l'heure actuelle. Du côté du soin, les psychiatres remettent d'emblée en cause ce diagnostic et, s'appuyant sur les quelques éléments présentés, émettent l'hypothèse d'un autre diagnostic : celui de la paranoïa.

Cette différence d'attitude n'est pas surprenante, les psychiatres, professionnels du diagnostic, sont plus à mêmes d'en mesurer les limites et les évolutions possibles. Toutefois, il est intéressant de souligner ce que ces deux attitudes vis-à-vis d'un diagnostic ancien peuvent impliquer en termes de prise en charge perçue comme nécessaire.

Enfin, la foi de Ferdinand, qui n'est pas discutée dans le focus groupe social, fait aussi l'objet de précautions dans le focus groupe sanitaire. Un psychiatre rappelle qu'il est très difficile de démêler ce qui est de l'ordre de la foi de ce qui est de l'ordre du délire mystique.

L'attitude des professionnels du soin face aux éléments permettant de confirmer le diagnostic que Ferdinand présente lui-même est celle de la perplexité, du doute. La méfiance quant au diagnostic posé à un moment donné ne leur permet pas de tirer des conclusions sur ce qu'il aurait fallu mettre en place pour cette personne.

Les réactions sur le cas de Ferdinand laissent entrevoir les différences sur le statut accordé à la parole des personnes entre les professionnels du social et ceux du soin.

Pour les participants du groupe social, les dires des personnes ne semblent pas être remis en cause. Leur rapport au diagnostic est lui aussi intéressant : rapporté comme ayant été posé à un moment donné, les participants du focus groupe social le considèrent d'emblée comme fiable et toujours valable sans prendre en compte des possibilités d'erreurs de diagnostic et d'évolution de la situation. Dans le focus groupe social, le diagnostic de schizophrénie est considéré fiable, la nécessité du soin se présente comme une évidence, le fait qu'il n'en ait pas est considéré comme un problème révélant des dysfonctionnements du système. Le cas de Ferdinand fait « échos » à d'autres cas rencontrés assez souvent par ces professionnels.

Ce rapport au diagnostic semble dénoter d'une vision figée de la maladie mentale, peut-être perçue comme incurable et d'une foi dans le diagnostic posé. Les difficultés qu'il peut y avoir pour établir un diagnostic ne sont pas prises en compte.

Quant aux participants du focus groupe sanitaire, leur attitude est celle de la remise en cause de la parole de la personne qui devient matériau d'analyse mais ne constitue pas en soi un indice ou un moyen de connaissance suffisant de la réalité. Cette attitude est prise d'ailleurs en défaut lors de la réunion. Certains taxent Ferdinand d'être victime du mythe qui consiste à croire que la CMU empêche l'accès à certains soins. Or il s'avère que l'information décrite par Ferdinand est vraie, confirmation apportée par un des participants plus en lien avec le secteur social.

De tels positionnements différents laissent présager d'importantes difficultés en cas de collaboration.

2. Professionnels du social, les techniciens du lien

a) *La construction du lien, l'aller vers, la reconnaissance*

Les mots clés dans les discours des professionnels du champ social sont les suivants : reconnaissance, lien, proximité, accompagnement et appartenance, ce qui semble constituer les piliers de leurs principes de travail.

La reconnaissance de l'autre se situe à plusieurs niveaux :

- reconnaître la personne dans ses choix (par exemple parfois celui d'être SDF) ;
- reconnaître la personne dans son territoire, respecter son attachement à ce territoire et comprendre ses difficultés à le quitter ;
- reconnaître la personne dans sa qualité d'être humain et non pas seulement dans son statut de SDF.

Ces principes correspondent à des modalités de travail qui sont défendues par ces professionnels : respecter les choix de vie, aller vers l'autre là où il est et enfin adopter, en tant que travailleur social, un comportement conforme aux échanges humains ordinaires. Ces professionnels mettent en avant la qualité du lien mis en place avec les personnes, au cœur de leur travail.

Dans cette logique et conformément à leurs valeurs de travail, il semble évident aux participants du focus groupe social que les psychiatres doivent venir travailler dans la rue, là où sont les personnes qui en ont besoin. La bonne connaissance du terrain acquise dans les associations pourrait alors servir d'appui aux professionnels de la psychiatrie. La mise en place d'une équipe de psychiatrie de rue est saluée et encouragée par les membres du focus groupe social.

Dans le focus groupe sanitaire, ces modalités de travail ne sont pas du tout évoquées.

Le cas de Ferdinand en évoque bien d'autres pour les professionnels du focus groupe social et les récits de prises en charge foisonnent alors, servant entre autre à illustrer leur savoir-faire avec ces populations en rupture, à la rue.

b) *L'appartenance*

Parallèlement aux thèmes de la reconnaissance, du lien, celui de l'appartenance ou plutôt du manque d'appartenance des personnes qui vivent à la rue est aussi assez présent.

Dans le focus groupe social, les participants présentent les lieux du social comme pouvant être le socle de nouvelles appartenances, où la possibilité « *d'appartenir à une communauté* » est bien réelle. L'accueil de jour est présenté comme étant pour certaines personnes « *une maison* », un lieu repère où on a ses amis.

Dans le focus groupe sanitaire, ces questions d'appartenance sont aussi abordées. L'histoire de Ferdinand est perçue comme une recherche éperdue d'appartenance, d'accroches, une « *recherche de famille* ». Dans cette recherche, la communauté religieuse est perçue par certains participants du focus groupe sanitaire comme ayant représenté une solution adéquate à cette recherche.

« *Donc de temps en temps il arrive, on constate qu'un certain nombre de nos patients pris dans les communautés religieuses, retrouvent une chaleur, l'équivalent d'une famille, ainsi de suite qui les soutient et je dirais même mieux qui les soigne...* »

Un autre participant de ce groupe met alors en avant le risque de dérive sectaire tout en admettant, lui aussi, le caractère soignant¹⁶ de ce type d'inscription.

Une autre possibilité d'appartenance est celle du quartier. Les participants des deux focus groupes décrivent des histoires de personnes SDF très bien intégrées dans un quartier et qui y bénéficient de solidarités importantes. Ces possibilités de liens sont décrites comme plus nombreuses à Marseille qu'ailleurs, ce diagnostic étant partagé entre les deux focus groupes.

Dans ces propos, ce sont les limites du travail social qui sont questionnées. S'inscrivant bien au-delà des démarches administratives et de l'accompagnement à l'insertion, les participants du focus groupe social s'attribuent des capacités à créer de l'appartenance, de la reconnaissance dans les lieux du social, à construire des relations de réciprocité avec les personnes reçues.

Ces compétences sont celles-là même qui sont attribuées à la communauté religieuse par les participants du focus groupe sanitaire. On peut se demander alors si les participants du focus groupe sanitaire reconnaissent aux professionnels du social l'ensemble des compétences que les professionnels du social se reconnaissent à eux-mêmes.

Ces caractéristiques sont, dans les deux focus groupes, désignées comme soignantes.

Ainsi, quand les participants du focus groupe sanitaire soulignent le fait qu'une communauté religieuse puisse être soignante, les participants du focus groupe social soulignent eux que les professionnels du champ social « *participent de quelque chose qui est soignant* ».

Les participants du focus groupe sanitaire ne reconnaissent donc pas de manière spontanée les qualités que s'attribuent les professionnels du social. Des données supplémentaires seraient utiles pour connaître de façon plus précise les représentations qu'ont les professionnels du soin de ce qu'est le travail social et ses qualités éventuellement soignantes.

On peut ici souligner l'absence, dans les propos des participants au focus groupe sanitaire, de référence aux structures sociales.

3. Entre continuité et catégories administratives

Les participants du focus groupe social regrettent que l'organisation du système de prise en charge qui appréhende les populations sous forme de catégories administratives introduise de la discontinuité là où le travail de restauration du lien social nécessite une continuité des intervenants. L'évolution d'une situation, en faisant passer les personnes d'une catégorie administrative à une autre, les oblige très souvent à devoir modifier leur cadre de prise en charge, remettant en cause les relations humaines établies avec les professionnels.

Dans la trajectoire de Ferdinand, l'accès à la CMU fait qu'il ne peut plus bénéficier de suivi médical au dispensaire où il allait, pour entrer dans le droit commun. Ce changement administratif marque l'arrêt de la prise en charge psychiatrique de Ferdinand.

Cet exemple a permis de mettre à jour une connaissance du système d'accès aux soins variable selon les acteurs.

Les rouages de ce système semblent mieux connus des professionnels du social. Dans le focus groupe sanitaire, seule une personne savait que l'accès à certains dispensaires peut être réservé aux personnes n'ayant pas la CMU tandis que les autres parlent d'un « mythe » autour de la CMU.

¹⁶ Nous reviendrons plus loin sur l'utilisation du terme soignant. Beaucoup d'ambiguïté subsistent sur ce qui soigne, ce qui est soignant. Quand à certains moments tout le monde acquiesce quand il est dit « il n'y a pas que les soignants qui soignent », ailleurs on peut entendre un psychiatre défendre la spécificité de sa profession et l'importance de sa présence pour garantir le soin. Quel soin ? A quel niveau ? Considère-t-on différentes formes de soins ? Les hiérarchise-t-on ?

La réaction dans le groupe social est la suivante :

« Parce qu'à un moment donné, quand ils rentrent dans des cases, ils sont obligés de s'y fier, donc ils sont... donc pour le coup, ils sont en cases, alors qu'humainement, il s'est passé quelque chose, où il y a une accroche. C'est là où il y a le début du soin. C'est dans la reconnaissance, dans le lien, ils sont pas des simples feuilles de CMU, ils sont des personnes, mais à un moment donné, il faut qu'ils sortent des dispositifs, ce qui est normal dans une certaine mesure. Mais il n'empêche que le gros du boulot, qui est entamé dans le lien, dans le liant, il est coupé une fois de plus. Et comme c'est des gens dans leur histoire perso, dans ce qu'ils vivent, c'est des gens qui, tout se casse ».

Dans le groupe sanitaire, les réactions, peu nombreuses, sont différentes : un psychiatre prend en considération le fait que Ferdinand ne souhaite plus avoir de suivi psychiatrique, sans le commenter ; le médecin généraliste trouve positif que les personnes soient amenées à entrer dans le schéma « normal » du médecin traitant et à accéder ainsi au droit commun. L'échec de ce passage, dans le cas de Ferdinand, ne fait pas l'objet de commentaires.

De manière plus générale, les catégorisations de population et les ruptures qu'elles peuvent induire (ne plus pouvoir bénéficier de ce qui a permis d'aller mieux, ce qui peut être source d'effondrement) sont une thématique récurrente dans les propos tenus par les professionnels du social. D'autres exemples sont donnés :

- avant une personne qui n'était plus à la rue ne pouvait plus venir à l'accueil de jour. Ce règlement a été modifié, les professionnels s'étant rendus compte de l'importance de ne pas couper les personnes de leurs repères habituels.
*ADJ directeur « Mais voilà, un lieu où ils ont pu venir dire quand ils allaient pas bien, où on les a accompagnés, et où ils ont envie de revenir dire qu'ils vont mieux, à défaut d'aller complètement bien, et de montrer aussi aux autres qu'ils vont mieux, qu'ils s'en sont sortis, et que... c'est important dans **la valorisation de soi**, et je crois qu'il faut... voilà, c'est ce lien, c'est ce liant, cette espèce de maïzena, qui font... qui fait que ben voilà, le soufflet il monte et il redescend pas. Et je crois que c'est important. ».*
- le cas d'un homme en CHRS est aussi relaté. Le jour où l'accès aux soins se fait, il est exclu de son CHRS parce qu'il prend alors des antidépresseurs.

4. Violence : deux modes d'appréhension

Du côté du social, la violence réapparaît ici. Les travailleurs sociaux, souvent confrontés à des comportements violents auraient besoin de s'exprimer à ce sujet, ce qui a, pour un des professionnels présents, conduit à la participation à un groupe de parole sur ce thème.

La violence subie est aussi présentée comme motif légitime de non prise en charge de la personne auteur de violences. Il s'agit alors de « l'exclusion des exclus », thème qui divise les équipes aux dires des personnes présentes. Quand exclusion il y a, l'idée selon laquelle c'est en premier lieu le soin qui est responsable est émise. Une des personnes rappelle qu'elle n'a pas les compétences pour prendre en charge ce public.

Du côté du focus groupe sanitaire, la violence est commentée comme étant un mode d'action sur le réel qui permet de remobiliser autour de la personne :

« Là aussi on retrouve comme souvent dans ces trajectoires un passage violent où la violence a une fonction. Je n'ai pas dit quelle est faite exprès pour autant c'est pas la personne qui va dire : je vais être violent, quelques uns le font, mais disons que ça a une fonction et ça a une fonction généralement mobilisatrice, autour de la violence là encore comme autour de l'hépatite C, une sollicitude qu'on arrive à mobiliser. »

E. Le cas de Doris

L'histoire de Doris est la deuxième présentée au cours des focus groupes.

Doris, âgé d'une 60^{aine} d'années a eu ses premiers contacts avec la psychiatrie très jeune, suite à une injonction de soins pour consommation de drogue.

Puis il se marie, a des enfants et divorce quelques années plus tard. Il part alors un peu partout en France, de villes en villes, vivant de petits travaux. Il dort à l'hôtel ou, quand il n'a plus les moyens, en foyer ou à la rue. Après plusieurs années à travers la France, il revient à Marseille, désireux de se stabiliser mais son « besoin de s'évader » reprend le dessus, il se met alors à errer dans Marseille.

A partir de là, il raconte une vie faite d'alternances entre les foyers, la rue, les hôpitaux psychiatriques. Il est hospitalisé en psychiatrie de façon récurrente et pour des périodes assez longues, à tel point qu'il n'est pas possible de retracer précisément une chronologie de cette suite d'allers-retours à l'hôpital. Il présente les hospitalisations comme ce qui l'a sauvé de la vie dans la rue, ce mode de vie le précipitant vers des tentatives de suicide et une consommation d'alcool excessive. Les longues hospitalisations sont dans le même temps présentées comme ayant l'effet pervers de rendre difficile le fait de vivre en dehors.

En 2000, il amorce un suivi assez régulier avec un psychiatre d'un CMP.

A un moment donné, il dit prendre la décision de se sortir de la rue. Il dort alors de façon beaucoup plus régulière dans les foyers, afin d'économiser de l'argent. Son but est d'avoir un appartement. Quelques années plus tard, grâce au travail qu'il décrit acharné d'une assistante sociale, il emménage dans un studio.

Doris se dit « psychotique », ses troubles sont les suivants : il entend des voix, est fréquemment envahi de tics et décrit des périodes de « laisser-aller » où il ne parvient plus à remplir ses obligations quotidiennes. Ses troubles sont là depuis toujours, nous dit-il et sont liés selon lui au fait que sa mère l'ait toujours rejeté.

Il consulte régulièrement au CMP et va au CATTP pour passer un peu de temps quand il ne va pas trop mal.

Le bilan est mitigé : le studio lui apporte son lot de contrariétés qui parfois le reconduisent à l'hôpital.

Ses relations de voisinage sont compliquées et il raconte qu'il a été plusieurs fois victime de la mauvaise foi de ses voisins, ce qui l'a amené à devoir s'acquitter de frais qu'il n'aurait pas dû payer.

Redoutant que les autres s'aperçoivent de ses troubles, il essaie de soustraire au maximum de toutes les relations sociales. Les seules qu'il parvient à maintenir malgré ses troubles sont celles qui sont liées au système de soins.

Bénéficiant de l'allocation adulte handicapé, ses difficultés financières sont liées en grande partie au prix de journée dont il doit s'acquitter. Ses endettements chroniques lui font redouter d'être mis sous tutelle alors qu'il est très attaché à l'idée de préserver son autonomie.

Peu de temps avant l'entretien, Doris a changé de CMP et donc de psychiatre, ce qui s'est accompagné d'un changement de traitement. Insatisfait de la galénique et expérimentant de nouveaux effets secondaires de ce nouveau traitement, Doris n'ose pas le dire à son nouveau psychiatre. Durant les vacances de celui-ci, il arrête toute médication et entre dans une période de « laisser-aller ». C'est grâce à une visite à domicile des infirmiers du CMP qu'il renoue alors avec le soin.

La prise en charge dont bénéficie Doris est considérée par tous, acteurs du soin et du social comme satisfaisante, illustrative d'un système qui fonctionne bien :

« *Ben là il est merveilleux le système de prise en charge, je trouve* » dit un participant du focus groupe sanitaire tandis que dans le focus groupe social on a pu entendre « *tout ce qui relève du soin, c'est pas trop mal* ».

Dans les deux groupes de discussion, partant du constat partagé que le système s'illustre sous son meilleur jour par la trajectoire de Doris, les thèmes développés par la suite et les propositions d'améliorations diffèrent cependant sensiblement.

1. La difficulté de l'habiter

On retrouve sur ce thème une opposition entre des soignants qui expriment de la prudence vis-à-vis de la parole de Doris et des travailleurs sociaux qui ne semblent pas la remettre pas en cause.

Ainsi sur les difficultés qu'exprime Doris dans ses relations avec ses voisins et dans sa volonté de se soustraire au regard d'autrui dans le but de cacher ses troubles psychiques, les professionnels du soin émettent l'hypothèse qu'il s'agit d'un signe de la maladie.

« Peut-être que dans une équipe soignante, on aurait dit dans ces moments-là qu'il est persécuté (...); le retrait social est peut-être inhérent beaucoup plus à sa maladie qu'au fait que les gens vont deviner qu'il est fou ! », dit le psychologue.

La réaction est assez différente dans le groupe de focus groupe social qui envisage des solutions pour gérer le problème de voisinage dont témoigne Doris :

*« C'est vrai que Doris si par exemple, il allait, dans cette espèce de point [idée d'un projet qui pourrait convenir à des personnes comme Doris qui sera détaillé ci-dessous], je ne sais pas, comment ça pourrait s'appeler dans un point d'accueil, peu importe, ce lieu, ce refuge, voilà, il pourrait aussi bien aller **exposer ses difficultés avec ses voisins**, ses difficultés d'argent, ses difficultés de ménage et où la coordination elle pourrait effectivement se faire sur : « ok, **vous avez peut-être des difficultés avec des voisins** mais on va essayer, **on va faire intervenir le secteur de médiation sociale ou les médiateurs de la république** » ».*

Il ne nous appartient pas de porter un jugement sur l'adéquation de l'une ou de l'autre réaction, mais leur distance laisse présager des difficultés dans la perspective de collaborations¹⁷.

Les difficultés réelles à habiter un logement pour certaines personnes sont largement abordées dans le focus groupe social mais complètement absentes du focus groupe sanitaire.

Le propos tenu et qui rallie tous les participants du groupe de focus groupe social consiste à dire que l'accès au logement peut être dangereux s'il est fait trop vite et sans accompagnement.

Le groupe se positionne contre le mouvement des Don Quichotte¹⁸ qui réclame des logements pour tous. Les participants du groupe de focus groupe social recourent à de nombreux exemples illustrant le fait l'accès non encadré au logement peut se transformer en événements dramatiques : suicide, décompensation, coma éthylique.

« Ces gens-là si on les met dans un logement là comme ça, tout cru, tout bénéf, sans accompagnement, sans préparation, sans dispositif spécial, soit on les précipite et voilà il peut se passer ce genre de choses, on accélère la fin, soit ils vont pourrir le logement, soit ils vont y habiter à quatre, enfin je veux dire, c'est pas du tout les stigmatiser que de dire ça, c'est qu'ils ne sont pas nécessairement prêts et que avant d'accéder au logement, il y a tout un tas de pathologies sociales à résoudre avant. Ça s'improvise pas d'être autonome dans un logement quand ça fait quinze ans qu'on est dans la rue »

La rue est présentée, par les professionnels du champ social présents, comme ayant ses modes de régulation (possibilité d'intervention ou d'alerte en cas de problème majeur) à la fois par le groupe de pairs mais aussi par les commerçants décrits comme « bienveillants » dans de nombreux quartiers de

¹⁷ Sur ces mêmes distances, nous renvoyons au cas de Ferdinand où les exemples de ce type sont aussi assez nombreux.

¹⁸ Mouvement qui réclamait durant l'hiver 2006-2007 des logements pour tous et qui fut à l'origine d'un projet de loi sur le droit opposable au logement, débattu actuellement.

Marseille, modes de régulation qui disparaissent d'un seul coup lorsque la personne accède au logement :

« *Dans la rue, il a un groupe de copains et là, si il tombe par terre, y a quelqu'un qui le ramasse.* »

Par ailleurs, un des professionnels du champ social dénonce les pressions faites par les habitants pour le logement des personnes à la rue, pressions qui témoignent selon lui plus d'une volonté de les soustraire de l'espace public plutôt que d'un souci du bien-être des personnes à la rue.

2. Différents points de vue sur la tutelle

Au cours des entretiens, Doris exprimait sa crainte d'être mis sous tutelle et de perdre ainsi son autonomie.

Les participants du focus groupe social et notamment un professionnel travaillant dans une association de tutelle, rappellent que cette crainte est très fréquente.

Cette « *hostilité* » des personnes par rapport à cette mesure, bien connue des professionnels, aurait tendance à se renforcer selon eux avec l'évolution de l'accompagnement accessible grâce à la tutelle : la part administrative de plus en plus importante laisserait moins de temps pour l'accompagnement social « *qui serait susceptible d'aider ces personnes* ».

Les rumeurs qui circulent du type « *les tuteurs, ils sont voleurs* » sont connues des travailleurs sociaux. Toutefois, dans ce groupe, on considère qu'il faudrait que la tutelle soit mieux expliquée afin d'être mieux vécue.

La perception de ce qu'engendrerait la tutelle pour Doris est encore plus sombre dans le focus groupe sanitaire :

« *Il a peur d'être sous tutelle parce qu'effectivement demain si il est sous tutelle ou curatelle, il va se retrouver avec une tutrice ou curatrice qui va devoir rembourser le forfait journalier et il aura plus d'argent pour vivre, dans le sens le plus basique du terme.* »

3. La nécessité de lieux « refuge »

La trajectoire de Doris et ses nombreuses hospitalisations sont l'occasion pour les participants des deux groupes de rappeler la nécessité, pour de nombreuses personnes, d'accéder à des lieux pour rompre avec le quotidien. Le même vocabulaire est employé dans les deux groupes pour désigner cette fonction : celui de lieu « *refuge* » et celui de besoin de « *cocooning* ».

Toutefois, les groupes s'opposent quant à la vision des lieux qui doivent remplir ces fonctions.

Du côté du social, c'est un nouveau lieu qui doit être inventé, à mi-chemin entre le soin et le social.

Pour les psychiatres, ce lieu « *refuge* » est (et doit rester) l'hôpital psychiatrique, à l'image de ce qu'était l'hôpital psychiatrique auparavant. Doris illustre selon eux un système qui est en train de disparaître.

« *Je pense que ce patient qui a 60 ans et qui a donc du connaître l'âge d'or entre guillemets de la psychiatrie, a pu bénéficier justement de ces moments où il pouvait rentrer à l'hôpital alors pas parce qu'il était franchement malade mais justement pour souffler un peu et ce « souffler un peu » lui a sans doute été très, très bénéfique et lui a permis d'avoir une vie avec une certaine autonomie quand même, où il vit bien quoi entre l'hôpital, son studio, le CMP, il va, il vient et c'est plus possible actuellement et c'est tout à fait regrettable.* »

L'hôpital est perçu comme offrant une possibilité de repos pour des personnes pour lesquelles la vie est difficile et qui n'ont pas d'autres possibilités pour rompre de leur quotidien que de se faire hospitaliser. C'est donc loin du soin que cette fonction de l'hôpital est décrite.

La place des soins dans cette fonction « refuge » est donc au cœur de deux perceptions différentes. Si en apparence tout le monde est d'accord pour dire que l'hôpital remplit une fonction « refuge », les tensions apparaissent autour de la spécificité de ce que peut amener l'hôpital. Simple refuge ou véritable lieu de soins ? Un des psychiatres présents qui s'exprime à ce sujet remet, lui, le soin au cœur du projet hospitalier. La fonction d'asile, si elle doit être conservée, ne doit pas être coupée de la fonction soin.

« Je crains que les raisons économiques actuellement réduisent effectivement cette fonction d'asile strictement au fait de l'aspect alimentaire et hébergement. C'est contre ça que je m'insurge un petit peu. »

« C'est pas la même chose d'être hébergé dans un lieu qui est un simple hébergement que d'être hébergé dans un lieu où on est reconnu dans une souffrance spécifique. »

Pour les professionnels du social en revanche, la fonction « refuge » peut s'inventer ailleurs que dans l'hôpital, en dehors d'un lieu de soin. Ils évoquent la nécessité de prendre en compte la spécificité des personnes atteintes de pathologies psychiatriques dans ces lieux refuges, pas celle de soigner.

4. Besoin d'espaces de coordination

Dans le focus groupe social, certains défendent l'idée de la nécessité de créer un lieu de coordination pour permettre une « articulation » entre le soin et le social et améliorer la situation des personnes comme Doris. Ce lieu est imaginé comme un lieu ressource pouvant accueillir toutes les plaintes de Doris : « sa difficulté avec son psy », « ses difficultés avec ses voisins, ses difficultés d'argent, ses difficultés de ménage ». Ce lieu pourrait être l'endroit d'où est organisé le nécessaire : contact avec des médiateurs, avec la banque de France... Le leitmotiv est alors la prise en charge globale, ne pas considérer la personne de manière spécialisée et partielle mais dans la globalité de ses problèmes.

« Il manque un accompagnement d'aide où effectivement en alternative à l'hospitalisation ou en soins de suite de l'hospitalisation ou en prévention de l'hospitalisation, un lieu où il pourrait se poser aussi la nuit pendant une semaine ou deux, en étant rassuré, en étant voilà, où il déverserait un peu et je pense qu'un lieu un peu comme ça, un peu intermédiaire mais un peu de passage, puisque bon, il a quand même son autonomie dans son studio, alors il se laisse aller de temps en temps, mais bon, et en mettant en lien mais toujours en coordination, voilà il s'est laissé aller, ça allait pas donc il vient dormir dans ce lieu ou alors il vient tous les matins prendre son café parce qu'il a besoin mais il revient il va passer une semaine là, parce qu'il a besoin d'être un peu cocooné ça peut arriver et puis pendant ce temps, le lieu de coordination coordonne l'aide à domicile pour aller faire un grand ménage avec lui là-bas, enfin un lieu où il serait soutenu, y compris dans les moments où c'est un peu bancal en fait, un espèce de « lieu béquille », mais qui relèverait pas complètement du soin donc pas de l'hôpital, pas que du foyer CHRS parce que c'est pas que du social, mais voilà un truc adapté un peu aux pathologies psychiatriques, je pense que ça serait pas mal en terme d'articulation. »

L'ambition du « projet », la volonté d'inventer une structure et une approche nouvelles sont autant de points qui tranchent avec les plaintes du manque de temps et du manque de personnels déplorés par les travailleurs sociaux à d'autres moments. Certaines fonctions imaginées dans ce « projet » correspondent aux missions de professionnels et de structures déjà en place, lesquels déplorent un manque de moyens et de temps pour remplir les missions qui leur sont données.

Ainsi un professionnel travaillant dans une association de tutelles rappelle que dans sa structure l'accompagnement est une mission très importante :

« *Oui, c'est évidemment ce qu'on fait quand les personnes sont placées sous tutelle* » même si, par ailleurs, la diminution du temps d'accompagnement au profit des contraintes administratives est regrettée.

De la même façon, l'assistante sociale qui travaille parfois autour de l'accès au logement avouait ne pas pouvoir faire l'accompagnement au logement, faute de temps.

AS : « *Ils ont besoin d'un tas de choses, bon moi j'ai été là pour d'autres à la signature du bail, ce que c'est le compteur etc. mais je veux dire, je peux faire ça pour une personne mais **je n'ai pas le temps de faire ça pour tout le monde**, je peux pas et je veux dire si je le fais pas, ça ne se fait pas.* »

5. Une trajectoire illustrative d'un fonctionnement de la psychiatrie

La psychiatrie développe sur ce cas une vision nostalgique, un avant qui est qualifié par un participant « *d'âge d'or de la psychiatrie* » et un maintenant où la psychiatrie n'a plus les moyens de travailler, où il n'y a plus de personnels motivés (la fin des infirmiers spécialisés en psychiatrie est vécue comme une catastrophe).

Les psychiatres parlent beaucoup du système de soins et trouvent à l'occasion de la lecture de la trajectoire de Doris une possibilité d'exprimer leurs regrets et leurs craintes envers une psychiatrie qui selon eux n'évolue pas dans le bon sens.

Si les professionnels du soin sont dans une perspective nostalgique de la psychiatrie, pour les professionnels du social des voies prometteuses sont imaginées, nourries par les initiatives telles que les consultations de rue, le travail de l'« aller vers », les GEM, le modèle communautaire. Différentes expériences ou projets allant dans ce sens sont cités lors du focus groupe social tandis que dans le focus groupe sanitaire aucune mention n'est faite de l'ensemble des projets évoqués ci-dessus.

6. Le social qui oublie le social

Certains thèmes plus proches du travail social n'ont été abordés que par les professionnels du soin. Il en est ainsi du problème du forfait journalier à payer pour des patients percevant l'AAH. Les dettes qui se cumulent durant les hospitalisations ne permettent pas toujours aux personnes de conserver leur logement.

Ce qui est dénoncé comme injustice pour les uns, dans le focus groupe sanitaire, est présenté comme permettant d'éviter certaines perversions du système par d'autres.

« *J'ai le souvenir encore et j'ai vraiment des exemples cliniques en tête de gens qui quand ils étaient en difficultés financières, se faisaient hospitaliser, c'était un peu le problème de souffler parce que à ce moment-là, ils étaient pris en charge et c'était une période d'économie. Donc c'est vrai que ce problème de forfait journalier entraîne une autre perversion mais il supprime celle là au moins.* »

Remarque sur laquelle réagit un psychiatre, soucieux de démontrer que la vie des psychotiques est difficile. La perception uniquement économique du phénomène est à mettre en lien, selon lui, avec une idéologie dominante soucieuse de rentabiliser le domaine du soin.

Enfin, les professionnels du social n'évoquent pas les difficultés d'accès au logement.

F. Le cas de Babeth

Le dernier cas présenté est celui de Babeth. Ci-dessous est reproduit le résumé de l'histoire de Babeth tel qu'il a été lu aux professionnels des deux focus groupes.

Babeth, âgée d'une quarantaine d'années, vit seule avec sa fille de 14 ans. Partie de chez ses parents à 18 ans, elle rencontre rapidement quelqu'un, se marie. Trois années après la naissance de sa fille, elle divorce. Elle raconte des épisodes difficiles tant moralement que financièrement. La période d'après divorce est décrite comme difficile, une période « *où on est en dépression et on touche un peu le fond* » pour reprendre ses mots. Elle enchaîne des petits boulots qu'elle alterne avec le statut de Rmiste. A un moment donné, elle réalise un bilan de compétence qui lui permet d'essayer de concrétiser un rêve de toujours : ouvrir sa propre boutique de décoration. En 2001, elle ouvre un magasin. Ses débuts sont difficiles à cause de dettes accumulées par le passé et d'erreurs réalisées dans la comptabilité. En 2003, tout est réglé et tout fonctionne bien. En 2004, les travaux du tramway marseillais s'installent devant son magasin, événement qualifié de « retour en enfer », empêchant le magasin de fonctionner pendant près de 2 ans. Sa situation financière se dégrade, elle s'endette à nouveau, ne peut plus payer ses fournisseurs.

Criblée de dettes, Babeth subsiste en « bricolant », faisant appel à des associations de solidarité mais aussi grâce au soutien et à l'aide d'amis proches. Elle revient alors dans le statut de Rmiste tout en restant chef d'entreprise.

Les relations se tendent avec sa fille qui a, par ailleurs, des problèmes au collège. Un soir, Babeth explique « *péter les plombs* ». Elle décrit une forte colère en elle et secoue sa fille.

Elle appelle en larmes un ami qui lui conseille d'aller voir un « psy », conseil qu'il lui avait déjà prodigué auparavant. Elle va, depuis quelques mois quand nous nous rencontrons, voir un psy, parfois seule, parfois avec sa fille. Sa fille va voir ce « psy » aussi seule de temps en temps.

Elle ne sait pas vraiment si ce « psy » est psychiatre ou psychologue. Le fait qu'il ne prescrive pas de médicament et qu'elle ne soit pas remboursée l'amène à dire qu'il est certainement psychologue.

Elle décrit cette relation comme aidante et explique avoir retrouvé son calme. Les travaux du tramway terminés, un expert est venu estimer les dégâts pour indemniser les commerçants de sa rue. L'indemnisation est tardive et bien en deçà des pertes, mais ce qu'elle vit le moins bien est l'absence de reconnaissance de l'impact sur le moral d'avoir perdu son entreprise petit à petit.

1. Nature du cas

La première réaction, commune dans les deux groupes, est l'expression de la différence de nature entre les cas précédents (Ferdinand et Doris) et celui-ci.

« *On touche aux limites de la médecine et de la psychiatrie, là* » / « *et de l'idéologie sociale aussi...* », entend-on dans le groupe sanitaire.

« *Ça pourrait être nous cette histoire* » dit un travailleur social.

Effectivement, le cas de Babeth plonge les participants dans une autre dimension de la santé mentale. Les participants expriment à la lecture de ce cas une identification immédiate entre eux-mêmes et la situation de Babeth.

Dans le focus groupe social, ce cas semble banal, peu problématique, renvoyant à des situations que tout un chacun rencontre à un moment donné de son existence. Ce que Babeth vit est comparé à ce que pourrait ressentir un jeune travailleur social non reconnu dans son travail.

Le « *y a des gens plus malheureux* » exprimé dans le focus groupe social renvoie à une sorte de hiérarchie du malheur dans laquelle Babeth se trouverait à un stade pour lequel la légitimité de l'intervention et du recours aux soins se pose.

« *Donc effectivement, ce manque de reconnaissance de l'impact sur le moral, il est certainement, certainement réel mais en même temps, enfin, c'est pas que je veux mettre en doute la souffrance de cette dame, mais je me dis que là, y a des gens plus malheureux, c'est pas ça que je veux dire, c'est... si elle a un manque, enfin, le manque de reconnaissance, qui ne le vit pas d'une façon ou d'une autre ? qu'on soit salarié, qu'on soit, on est toujours en manque de quelque chose et surtout en manque de reconnaissance, qu'on soit assistante sociale toute jeune parce que qu'est ce qu'on vient chercher quand on est assistante sociale ou travailleur social enfin bon, qu'est-ce qu'on récolte ?* »

Dans le focus social, c'est l'expression « souffrance psychologique » qui est utilisée pour nommer ce qu'exprime Babeth.

« Souffrance psychologique » est distingué de « souffrance psychique » pour les professionnels du champ social invités à s'exprimer. Dans leur conception de la santé mentale, il semble exister un gradient entre souffrance psychologique, souffrance psychique et pathologie psychiatrique, les personnes pouvant passer d'une catégorie à l'autre en cas de souffrance trop importante. L'attention des professionnels est donc de rigueur dans une logique de prévention de passage d'un état vers un état plus grave.

Répondant à une demande de définition de ces catégories, une précaution est prise par un professionnel qui les utilisait, « *je ne suis pas médecin* » dit-il. Ensuite comme par crainte d'utiliser des mots qui appartiennent au domaine médical, ce professionnel utilise dans son discours des expressions du langage ordinaire telles que « *un coup de mou dans les genoux* ».

Enfin, pour distinguer les catégories utilisées, c'est l'étiologie qui est mise en avant :

La souffrance psychologique est liée à un « *cap difficile* », « *un licenciement* », « *un problème avec les enfants* » tandis que la « *souffrance psychique* » ou la « *souffrance psychiatrique* » « *c'est quelque chose qui vient peut-être de plus loin* », explique ce professionnel.

Devant la difficulté de définir précisément ces catégories, notre interlocuteur s'en réfère alors à de grandes oppositions :

« *Là c'est une accumulation de problèmes, qu'elle a à résoudre, qui l'ont vraisemblablement fragilisée, dans un environnement pas très facile, mais voilà, c'est un petit peu différent de quelqu'un qui serait catalogue schizophrène, paranoïaque, psychotique etc.* »

Dans le focus groupe sanitaire, le cas de Babeth est assimilé à celui des « *gens qui craquent* », qui « *ne sont pas des malades mentaux* ». Babeth est décrite comme étant en « *difficulté psychologique importante* ».

La notion de « *souffrance psychologique* » n'est pas utilisée dans le focus groupe sanitaire. Dans ce groupe, la notion de « *souffrance psychique* » semble être perçue comme un niveau moins grave dans l'échelle de la santé mentale détériorée avant la catégorie des pathologies psychiatriques.

2. Les professionnels les plus confrontés à ce type de souffrance

a) Le focus groupe sanitaire

Les cas se rapprochant de celui de Babeth sont fréquemment rencontrés aux urgences, nous explique un psychiatre travaillant dans ce service :

« *Aux urgences on rencontre souvent des gens qui effectivement craquent, qui rencontrent dans leur vie des difficultés effectivement concrètes, difficiles à surmonter etc. qui sont pas des malades mentaux qui sont de temps en temps tout au plus déprimés mais qui ont des difficultés à se repérer et à voir clair*

dans ce qu'ils sont en train de vivre et c'est vrai que c'est ce type de patient là qu'on oriente en règle générale en libéral. Mais effectivement on rencontre beaucoup de gens comme ça par le biais des urgences parce qu'ils pètent les plombs soit ils cassent la télé soit ils donnent des claques à la fille, ce qu'on pourrait qualifier de crise de nerf ou crise d'hystérie ou même des tentatives de suicide a minima, des gens qui arrivent avec un diagnostic de tentative de suicide mais qui ont pris quelques comprimés, voilà, c'est des difficultés qui se réfèrent souvent à des événements bien concrets de la vie. »

Le médecin généraliste se déclare aussi hautement concerné par ce type de cas :
« *C'est notre quotidien, c'est tous les jours et souvent plusieurs fois par jour* ».

b) Le focus groupe social

Du côté du focus groupe social, ce type de souffrance est présenté comme courante, évoquant aux professionnels présents plutôt les cas de jeunes.

Les caractéristiques de ce type de souffrance sont très différentes par rapport à la description qui était faite des personnes ayant une pathologie psychiatrique : d'une part, ces personnes sont en demande d'aide et d'autre part les professionnels du champ social se sentent en mesure d'apporter de l'aide.

La première différence se situe sur le plan de la communication : ces personnes sont décrites comme exprimant leur mal-être et en demande d'aide.

« *Ils pleurent, ils parlent...* »

« *Là, en plus, elle dit qu'elle va pas bien, donc vraisemblablement, dans un entretien, elle va définir son contrat d'insertion, elle va dire : « je vais mal... », elle va pleurer, enfin nous, c'est ce qu'on voit, elle va parler de sa fille. Moi je vais la laisser parler un moment et au bout d'un moment, je vais reprendre ce qu'elle m'a dit en disant : « il me semble que vous me dites que vous avez du mal avec votre fille, est ce que vous souhaiteriez en parler ? » et à ce moment-là, elle va me dire oui ou non, peut-être pas là, mais peut-être la fois d'après et à ce moment là, j'induis effectivement peut-être vous souhaiteriez en parler parce qu'effectivement en plus, ça lui a fait du bien là de pleurer, j'ai bien sorti les kleenex, je l'ai écoutée, c'est une amorce* »

L'absence de demande de soin était présentée comme le problème majeur concernant les personnes ayant une pathologie psychiatrique. Dans le type de cas qu'évoque Babeth aux professionnels du champ social, la souffrance de la personne reçue constitue un socle à partir duquel la communication va s'établir.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux se sentent en mesure d'apporter du soutien à des personnes comme Babeth. Ce soutien passe beaucoup par la qualité des relations établies et donc par la personnalité du travailleur social. Les verbes d'actions sont nombreux pour évoquer ce que les professionnels font pour venir en aide aux personnes en souffrance psychologique.

« *En plus, on est 2 **d'un certain âge** donc c'est vrai qu'on les attire un peu donc voilà, ils viennent déposer certaines choses pour certains après bon, nous **on écoute, on oriente, on aide, on soutient, on se préoccupe**, comment ça va, enfin bon voilà, on accompagne par la main* »

Le manque de personnel est mis en avant pour expliquer la difficulté de faire cet accompagnement correctement pour tous ceux qui en auraient besoin. Il n'est pas ici question de limites de compétences. Les compétences des travailleurs sociaux s'inscrivent à plusieurs niveaux : le repérage, l'accompagnement, l'écoute, l'orientation, la coordination de différents professionnels autour de cette personne.

« *On voit les gens arriver, on les voit évoluer, on voit leur errance s'inscrire, on voit leur déchéance aussi s'inscrire et tout ça, on est vigilants à des **signes**, on va isoler. Ça c'est du luxe, isoler, prendre en*

considération la personne seule, la sortir du collectif, l'écouter, pleurer, boire un café avec elle, la toucher, ce qu'on disait tout à l'heure, tout ça, pour effectivement à un moment donné lui permettre d'aller déposer ça ailleurs, lui donner la possibilité de pleurer en dehors d'autres personnes, du regard des autres, enfin, pour éviter justement que ça bascule, que ça aille trop loin. »

*« La **mettre en lien** avec l'infirmière psychiatrique de CMP qui le ou la mettra en liaison avec le psychologue ou le psychiatre (...) **interpeller** nos collègues parce qu'on travaille de plus en plus, donc on essaye en tout cas, on **coordonne** avec les foyers d'accueil d'urgence ou les CHRS pour **signaler** que monsieur va pas bien, si ce soir il pouvait être plutôt dans une chambre à 3 ou à 4, plutôt qu'une chambre à 12, ça serait mieux, est-ce qu'il pourrait voir l'infirmier ce soir, ou le médecin s'il passe ou si le psy passe, voilà, **on signale, on coordonne** en fait. »*

Ces extraits d'entretien montrent à quel point les travailleurs sociaux sont là sur un versant pour lequel ils identifient clairement leurs compétences, sans exprimer de problème de légitimité d'intervention ou de collaboration avec d'autres professionnels. Ce type de discours tranche complètement avec celui recueilli sur les cas considérés relevant de la psychiatrie.

De plus, pour des personnes comme celà, le système est considéré comme plutôt satisfaisant. Voici ce que l'on peut entendre sur le système de prise en charge du côté des professionnels du social :

« Sur ce type de situation, ça fonctionne hyper bien », « Y a quand même plein de réponses au système social d'aide », « Pour quelqu'un qui demande, y a de la réponse »

Les solutions d'orientation présentées sont nombreuses :

- le CMP, même si des réticences de la part des usagers sont relatées par les professionnels : image négative du CMP (trop associée à la figure de la folie) et peur d'y être vu. Ces deux limites – la crainte de la stigmatisation et la volonté de discrétion – peuvent amener à rechercher d'autres orientations ;
- le CPCT : centre psychanalytique de consultations thérapeutiques, qui donne un accès gratuit à la psychanalyse, opportunité considérée comme très intéressante par les professionnels ;
- les praticiens libéraux, la difficulté étant de réussir à identifier ceux qui acceptent la CMU. Un des professionnels présents explique, par exemple, qu'il a identifié un psychiatre qui accepte la CMU et oriente maintenant vers celui-ci les personnes qui ne souhaitent pas se rendre en CMP.

En matière d'orientation, on voit qu'outre la concordance entre le tableau clinique et l'approche thérapeutique, d'autres critères, bien au-delà du soin, interviennent : la peur de la stigmatisation et la volonté de discrétion qui peuvent donner un effet « repoussoir » aux CMP mais aussi la difficulté d'identifier les psychiatres acceptant la CMU.

Ce type de variables représente des limites non prévues d'un point de vue fonctionnel et dont l'impact en est en quelque sorte caché.

Le « déficit d'image des CMP », pour reprendre les termes d'un participant du focus groupe sanitaire, pourrait se travailler selon deux axes, selon nous : d'abord en faisant évoluer les représentations liées à la santé mentale et en déstigmatisant les troubles de santé mentale et ensuite en réfléchissant à rendre encore plus discret la consultation de professionnels de CMP (les consultations éclatées dans d'autres services comme des structures sociales pourraient être une solution). Le problème entre ces deux pistes est qu'elles sont dans une certaine mesure antagoniste : rendre plus discret le recours ne participant pas à le banaliser.

Le caractère illégal du refus des patients sous CMU fait que ce critère reste difficilement identifiable et contournable (sauf à agir sur les pratiques des libéraux). Il est difficilement envisageable par exemple de recenser l'ensemble des praticiens acceptant la CMU. Cela fait donc partie des informations essentielles pour l'orientation qui creusent, du point du vue des patients, des inégalités entre ceux qui par leurs réseaux sociaux vont savoir et les autres.

3. Le recours aux soins de Babeth sujet à polémique

Babeth, conseillée par un ami, consulte alors un « psy ». Elle ne sait pas s'il s'agit d'un psychiatre ou d'un psychologue, mais constatant le fait qu'elle n'est pas remboursée et qu'on ne lui prescrit pas de médicament, elle conclut qu'il doit s'agir d'un psychologue.

Ce récit suscite beaucoup de réactions dans les deux groupes mais ces réactions sont de nature assez différentes. Deux éléments sont sujets à polémique dans ce récit : le fait qu'elle paye ses consultations et le fait qu'elle ne sache pas vraiment qui elle va voir.

a) *Le fait qu'elle paye*

Dans le focus groupe social, le recours aux soins payant de Babeth est perçu comme le signe d'une mauvaise orientation. Les professionnels présents considèrent qu'elle aurait du être orientée vers des soins gratuits.

AS : « Et donc expliquer aux personnes que la CMU pour cette dame, c'était aller dans un dispensaire ou elle aurait eu des soins qui seraient bons et puis lui expliquer comment ça fonctionnait, pour justement pouvoir donner ses 150 euros ailleurs et avoir une meilleure gestion du budget (...) Ça c'est une souffrance d'un accompagnement qui n'a pas été mis en place, vraiment. »

Du côté du focus groupe sanitaire, le fait de payer recouvre un sens et marque l'importance que Babeth accorde à son recours aux soins.

Un psychiatre dit « *c'est elle qui paye et voilà, c'est peut-être ça l'important* ».

b) *Le fait qu'elle ne sache pas qui elle va voir*

Sa méconnaissance du titre de son psychothérapeute est à peine relevée dans le groupe social.

Les participants du focus groupe social pensent assez rapidement qu'il s'agit d'un psychologue, suivant la même logique que Babeth :

« Si elle va chez un médecin chez qui elle paye, c'est que forcément c'est pas un psychiatre ».

Ce raisonnement est infirmé par un des participants dans le focus groupe sanitaire :

« Je vous rappelle qu'il y a des psychiatres qui font payer, qui sont pas remboursés, qui ne prescrivent pas de médicaments ».

Le fait que Babeth ne sache pas qui elle va voir provoque beaucoup d'étonnement de la part des membres du focus groupe sanitaire :

« Ce qui est étonnant quand même, c'est peut être un des dysfonctionnement du système, c'est qu'elle sait pas qui elle voit »

Pratiquement tous les participants s'étonnent de cette méconnaissance. L'indice de la plaque en bas de l'immeuble est rappelé comme argument mettant en cause sa méconnaissance du statut du thérapeute qu'elle consulte. Plusieurs hypothèses sont émises qui en disent assez longs, nous semble-t-il, sur la complexité de l'existant :

« Ça pourrait être un psychanalyste et également un psychologue... », dit un psychologue.

« Beaucoup utilisent ce titre de psychothérapeute mais derrière se cachent beaucoup de pratiques différentes, la position des mains, n'importe quoi... », selon un infirmier.

Le seul participant qui exprime un point de vue différent est le médecin généraliste. Il conçoit qu'elle ne sache pas qui elle voit, mais trouve dans sa participation financière un indice de son engagement dans la thérapie.

MG : « Donc dans ce contexte là, cette femme qui est en difficultés psychologiques importante qui dit que récemment finalement enfin, dans l'histoire, elle a pris contact avec un psychologue avec lequel elle est pas remboursée, l'essentiel, pour elle, c'est qu'elle a fait la démarche d'aller voir le psy. Le titre réel, je suis désolé mais ça lui paraît secondaire, c'est peut-être important pour nous de savoir finalement ce qu'on va lui proposer comme prise en charge mais l'important pour elle, l'effort colossal c'était d'aller donner, alors qu'elle en difficulté financière, de l'argent à un psychologue, c'était une démarche lourde quand même riche de sens. »

Il témoigne, par son expérience, de la fréquence de ces situations où les patients ne savent pas vraiment s'ils voient un psychiatre ou un psychologue :

« Moi je pense à une patiente dernièrement qui m'a dit : « une de mes amies m'a indiqué un psy qui l'avait beaucoup aidé ». Alors psy ça cache quoi, psychologue, psychiatre ? En fait elle m'a donné un nom mais que je ne connaissais pas mais comme je connais la plupart des psychiatres, j'ai supposé que c'était un psychologue mais l'important finalement, est ce que c'est si essentiel que ça que ce soit un psychiatre, un psychologue ? Le psychiatre ou le psychologue ne sont pas mieux remboursés l'un que l'autre, l'un ne l'est pas du tout ou quasiment pas... »

Finalement, du côté du focus groupe sanitaire, ce sont des indices d'engagement qui sont recherchés : le coût et la connaissance exacte du thérapeute sont regardés sous cet angle. Du côté du social, c'est la rationalité économique qui est mise en avant.

4. Ce que serait la bonne orientation

On constate donc sur ce point une vraie distance dans ce qui est considéré être la bonne orientation entre les professionnels du social et les professionnels du soin.

Du côté du social, tout le monde s'accorde à dire que la bonne orientation serait le CMP, principalement parce qu'étant en difficultés financières, cela représenterait l'accès aux soins le plus économique. La possibilité de bénéficier de consultation de psychologues au CMP est aussi mise en avant, ce que les professionnels du social ont interprété comme étant le souhait de Babeth.

« Nous on a certaines personnes qui nous disent : psychiatre ça leur fait peur, on leur dit vous allez au CMP et vous aurez un entretien vraisemblablement avec une infirmière du CMP, qui ensuite, en discutant avec vous, éventuellement avec l'équipe, verra ce qui est le plus adapté et si le psy ça vous convient pas, vous allez chez la psychologue qui est prévue dans la structure et ça, ça appâte »

Dans le groupe sanitaire, l'orientation qui serait proposée serait plutôt celle du libéral.

« C'est vrai que c'est ce type de patient là qu'on oriente en règle générale en libéral. » dit un psychiatre.

Le professionnel qui propose cette orientation l'explique de la manière suivante :

- les CMP n'ont plus trop le temps de faire de la psychothérapie ;
- face à la pénurie de place, il lui semble plus pertinent de réserver les places en CMP à ceux qui ont besoin d'une PEC pluridisciplinaire.

Cette construction de filières de soins de manière informelle et selon des principes volontaires de régulation (garantir à ceux qui en ont vraiment besoin l'accès au CMP) est aussi perçue sur un versant

néгатif¹⁹ : « *Ca m'ennuie aussi parce que voir des schizo à longueur de journée c'est peut-être un peu lourd et répétitif* ».

On constate à travers cet exemple que ce sont des éléments assez différents qui retiennent l'attention dans l'un et l'autre groupe. Le fait que Babeth soit endettée et qu'elle consacre un budget important pour une psychothérapie est considéré, dans le focus groupe sanitaire, comme un signe positif d'implication dans la démarche thérapeutique et non pas comme un élément à prendre en compte pour construire une orientation qui ménage le plus possible son budget, comme ce fut le cas dans le focus groupe social.

Cet exemple, à notre avis assez édifiant, renforce le constat du caractère hasardeux des orientations en santé mentale. En l'absence de consensus sur ce que serait la bonne orientation, celles que reçoivent au final les patients, à l'instar de Babeth, tiennent non pas à leur situation clinique ou sociale objective mais à la personne qui oriente.

De plus, en termes de santé mentale, l'importance du thérapeute rend rationnel, dans une certaine mesure, le vagabondage qui correspond à la recherche de la personne qui convient. Cette dimension très subjective et interpersonnelle fait que le conseil d'ami prend une place très importante. C'est le cas pour Babeth qui va voir quelqu'un qui lui a été recommandé par un ami qui va lui-même voir ce même thérapeute.

5. La question des frontières, la crainte de « psychiatriser »

Si d'emblée il est souligné dans les deux groupes le caractère limite de ce cas, seul le médecin généraliste se questionne sur la pertinence d'orienter vers le soin en santé mentale des personnes qui présentent une situation comme Babeth. Les professionnels du soin pensent que a minima la proposition d'aller consulter un professionnel de la santé mentale doit être faite.

La question que le médecin généraliste se pose par rapport à ce cas est la suivante :

« La difficulté étant pour nous dans cette filière là, c'est de savoir est-ce qu'elle relève de la prise en charge psychothérapique, à qui adresser, effectivement et à quel moment dans ce parcours, dans cette vie d'Homme elle a besoin d'un soutien psychologique, psychothérapique. »

Dans ces réflexions, trois questions apparaissent : celle de la pertinence de proposer l'orientation, celle de la temporalité (crainte de proposer trop tôt ou trop tard) et celle du type de professionnel vers lequel orienter.

Par rapport au type de professionnel à privilégier, le médecin généraliste explique qu'il y a, selon lui, « psychiatrisation » à partir du moment où les personnes sont envoyées chez le psychiatre en raison du possible remboursement des consultations, ce qui n'est pas le cas chez le psychologue.

Le médecin généraliste décline les situations où une orientation vers un « psy » est réalisée par les généralistes :

- quand il y a un risque vital ;
- quand il y a une nécessité d'hospitalisation ;
- quand « on en a ras-le-bol » ;
- et enfin le moment « noble », quand on prend conscience que le patient a besoin d'une approche psychothérapique.

¹⁹ Propos à mettre en lien avec des choses qui avaient été dites en début de réunion dans ce même groupe. Il était en effet regretté que la spécialisation qui avait cours auparavant entre le public pour les psychotiques et le privé pour les névrosés se soit perdue au profit d'une diversification des profils dans tous les types de structures.

6. Ce qui n'est pas du tout évoqué

Ce sur quoi se focalisent les professionnels (à savoir la pertinence de son orientation, le coût de ses soins et sa difficulté à identifier précisément son thérapeute) est assez éloigné des préoccupations au cœur du discours de Babeth.

Babeth exprime beaucoup de satisfaction par rapport à sa prise en charge, elle n'estime pas du tout avoir été mal orientée et le fait qu'elle paye ne lui pose pas vraiment de problème. Ce déboursement d'argent n'est toutefois pas investi de la fonction que lui prêtent les psychiatres.

Par ailleurs, l'impact du chantier du tramway²⁰ et les difficultés réelles qu'elle a dû essayer ne sont pas du tout repris ni par les professionnels du champ social ni par ceux du champ sanitaire. La manière dont l'indemnisation s'est déroulée, son montant et le calendrier représentent des motifs de colère pour Babeth, centraux dans son discours et pas du tout repris par les professionnels.

Dans le focus groupe social, la qualité de sa prise en charge par l'assistante sociale du RMI (qui aurait du l'orienter vers le CMP et organiser un suivi plus serré de son activité, aux dires des professionnels du champ social) est mise en cause.

Personne ne lui a dit, effectivement, qu'elle aurait pu avoir accès à une thérapie gratuitement – ce qui est prétendu par l'assistante sociale – et elle décide, malgré ses difficultés économiques de s'offrir une thérapie, considérant le risque vital que représente la dégradation de sa santé mentale.

Même si l'assistante sociale et le médecin généraliste n'ont pas orienté Babeth vers le soin en santé mentale (c'est finalement un ami à elle qui le fait), ils ont chacun à leur manière eu un rôle important pour elle, s'inscrivant dans la compréhension de ce qu'elle vivait et servant de « témoins » aux différentes « catastrophes », pour reprendre ses termes, qui ont émaillé sa vie récemment.

²⁰ Chantier du tramway de la ville de Marseille qui a limité son activité professionnelle pendant plusieurs mois et lui a causé d'importants problèmes financiers.

V. Annexes

A. Grille d'entretien des récits de trajectoire

Cette enquête a pour objectif de mieux comprendre ce qui aide les personnes quand elles traversent des moments difficiles, afin de donner des éléments de réflexion à l'Observatoire Régional de la Santé et à ses partenaires sur les interventions et actions à mettre en place.

Vos propos seront anonymes, il n'y a que moi en tant qu'enquêtrice qui connaîtra votre identité. L'entretien est enregistré et sera retranscrit mais nous serons attentifs à ce que suffisamment d'éléments de votre vie soient modifiés pour que l'on ne puisse pas vous reconnaître. Vous pouvez refuser de participer à l'entretien, arrêter votre participation en cours d'entretien et refuser de répondre à certaines questions.

1- J'aimerais que vous me racontiez votre histoire, en m'expliquant, selon vous, ce qui vous a vraiment aidé dans les moments difficiles et ce qui, au contraire, a aggravé votre situation.

Si vous le voulez bien, et que ce soit plus simple de nous repérer dans les dates, nous allons ensemble représenter votre vie sur un schéma...

Pour chaque période / événement :

- 1- l'événement / la situation (pouvez-vous m'expliquer quelle était votre situation ?)
- 2- son retentissement en terme de santé mentale (et comment ça allait pour vous à ce moment-là ? Comment vous sentiez-vous ?)
- 3- les aides et soutiens mobilisés, les interventions subies (qu'est-ce qui s'est passé alors ? Avez-vous fait quelque chose ? D'autres personnes ont-elle fait ou essayé de faire quelque chose ?)

Pour chaque soutien / aide, essayer d'obtenir l'ensemble des informations suivantes :

- description de la personne / structure
- régularité des contacts / durée de la relation
- raisons ou circonstances de l'établissement de la relation
- nature de l'aide et de la relation établie (écoute, soutien, aide à la vie quotidienne, prescription médicales, démarches administratives, counselling, valorisation de la personne à travers des activités)
- Opinion sur ce qui a été apporté par ce professionnel / cette structure, par rapport aux attentes
- Comment les avez-vous rencontrés ? (orientation d'un professionnel, décision personnelle, conseil d'un ami ou d'un membre de la famille, soins sous contrainte, injonction thérapeutique...)
- Difficultés d'accès à ce professionnel ou cette structure (financières, géographiques...)
- Rupture éventuelle de la relation : circonstances et conséquences

- *Dans le cas, d'une aide ou d'un soutien familial ou amical, essayer d'avoir les informations suivantes*
 - Nature de la relation (discussion, aide matérielle, aide psychologique...)
 - « Bénéfice » de la relation : bons moments, rigolade, confiance en soi...
 - Genèse et circonstance de la rencontre : connaissance ancienne / nouvelle rencontre

2- Et pouvez-vous me parler de votre situation actuelle ?

- Actuellement, comment ça va ? Comment vous sentez-vous ?
- Contact avec des professionnels, des structures (qui actuellement considérez-vous comme vous apportant du soutien ?)
- Qu'est-ce que pensent les autres de votre situation ? Quels sont les conseils qui vous sont donnés ? (la famille, les amis, les proches, les professionnels rencontrés, les pairs)
- Selon vous, de quoi avez-vous le plus besoin actuellement ?
- Vers qui vous tourneriez-vous, en ce moment, en cas de problème ?
- Et vers qui vous ne souhaiteriez pas vous tourner actuellement ?

3- Au final, si vous deviez faire le bilan de vos expériences, qu'est-ce qui s'est avéré être un soutien et une aide efficace dans votre vie ?

Relances, à ce moment-là, si ces sujets n'ont pas été abordés dans le récit de vie :

- Est-ce qu'à un moment ou à un autre, on vous a donné des explications sur ce que vous aviez ? Qu'en pensez-vous ?
- Est-ce qu'il vous a été imposé, à un moment ou un autre, d'aller voir un professionnel ou d'aller dans une structure ? Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ?
- Au-delà des professionnels, il y a peut-être des personnes qui vous ont apporté une aide et un soutien important. Si c'est le cas, pouvez-vous m'en parler ?
- Vous avez peut-être eu recours à un moment donné à des professionnels, comme un médecin généraliste, une assistante sociale, un psychologue, un psychiatre ou un autre professionnel, pour qu'ils vous aident à surmonter vos difficultés. Si c'est le cas, pouvez-vous m'en parler ?
- Avez-vous pris, à un moment ou à un autre, des médicaments pour le sommeil, l'angoisse, l'anxiété, le stress ou d'autres problèmes psychologiques, des calmants ou des médicaments psychotropes ?
 - quels médicaments ? Pour quelles raisons ? Qui prescrit ?
 - quels ont été les effets de ses prises de médicaments sur votre vie ? (mieux-être / effets secondaires,...)
- A un moment ou à un autre, avez-vous eu des problèmes avec des consommations d'alcool ou d'autres produits ? Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ?

B. Résumés des récits de trajectoires

1. Arnaud

Originaire de Lille, Arnaud a aujourd'hui 35 ans et vient d'arriver à Marseille avec sa conjointe. Il travaille dans une administration de la fonction publique, bénéficie donc d'un emploi stable. Il se présente comme atteint de bipolarité et souffrant de Tocs.

Son premier contact avec la psychiatrie se fait à l'armée, pour des comportements d'insoumission. Selon lui, à l'époque, il n'a pas de problèmes.

Pendant une dizaine d'années, il décrit une période d'errance médicale, d'alternance entre des psychiatres qu'il qualifie de maltraitants, des passages en hôpital psychiatrique ou en maison de repos souvent sous l'influence de ses parents chez qui il habite. Il parle très peu de cette période au cours de l'entretien, avoue l'avoir occultée, une période où il allait de déception en déception.

C'est la rencontre avec sa conjointe qui lui fait prendre conscience que quelque chose ne va pas. Sa conjointe, qui a une connaissance des Tocs pour avoir fréquenté quelqu'un d'autre qui en avait, l'aide à comprendre qu'il s'agit de cela et lui indique une association de patients. La rencontre avec cette association, présentée comme capitale par Arnaud, lui permet de « mettre un mot » sur ce qu'il a et de connaître un psychiatre spécialisé sur les Tocs. Pour lui, la participation à une association de patient lui permet de faire pression sur les psychiatres, d'obtenir des rendez-vous plus vite et de pouvoir se montrer plus exigeant vis-à-vis d'eux.

Il va alors consulter un spécialiste des Tocs, au début de l'année 2004, praticien dont il se dit très satisfait tant pour ses compétences que pour sa disponibilité. Arnaud considère être sauvé à partir de ce moment-là. Il a une connaissance très poussée de sa pathologie qui est pour lui purement physiologique : il s'agit d'un déficit hormonal que seul les médicaments peuvent combler. Il refuse ainsi toute approche psychologique ou psychanalytique de ce qui lui arrive.

Il pense que sa maladie a bloqué sa progression professionnelle et l'empêche d'accéder à des postes à responsabilité pour lesquels il considère avoir largement les compétences intellectuelles.

Tout juste arrivé à Marseille, il prévoit de prendre contact avec une association de patients afin d'être orienté de la meilleure façon qui soit vers un psychiatre qui répondra à ses attentes.

2. Babeth

Babeth, âgée d'une quarantaine d'années, vit seule avec sa fille de 14 ans. Partie de chez ses parents à 18 ans, elle rencontre rapidement quelqu'un, se marie. Trois années après la naissance de sa fille, elle divorce. Elle raconte des épisodes difficiles tant moralement que financièrement. La période d'après divorce est décrite comme difficile, une période « *où on est en dépression et on touche un peu le fond* » pour reprendre ses mots. Elle enchaîne des petits boulots qu'elle alterne avec le statut de Rmiste. A un moment donné, elle réalise un bilan de compétence qui lui permet d'essayer de concrétiser un rêve de toujours : ouvrir sa propre boutique de décoration. En 2001, elle ouvre un magasin. Ses débuts sont difficiles à cause de dettes accumulées par le passé et d'erreurs réalisées dans la comptabilité. En 2003, tout est réglé et tout fonctionne bien. En 2004, les travaux du tramway marseillais s'installent devant son magasin, événement qualifié de « retour en enfer », empêchant le magasin de fonctionner pendant près de 2 ans. Sa situation financière se dégrade, elle s'endette à nouveau, ne peut plus payer ses fournisseurs.

Criblée de dettes, Babeth subsiste en « bricolant », faisant appel à des associations de solidarité mais aussi grâce au soutien et à l'aide d'amis proches. Elle revient alors dans le statut de Rmiste tout en restant chef d'entreprise.

Les relations se tendent avec sa fille qui a, par ailleurs, des problèmes au collège. Un soir, Babeth explique « *péter les plombs* ». Elle décrit une forte colère en elle et secoue sa fille.

Elle appelle en larmes un ami qui lui conseille d'aller voir un « psy », conseil qu'il lui avait déjà prodigué auparavant. Elle va, depuis quelques mois quand nous nous rencontrons, voir un « psy », parfois seule, parfois avec sa fille. Sa fille va voir ce « psy » aussi seule de temps en temps.

Elle ne sait pas vraiment si ce « psy » est psychiatre ou psychologue. Le fait qu'il ne prescrive pas de médicament et qu'elle ne soit pas remboursée l'amène à dire qu'il est certainement psychologue.

Elle décrit cette relation comme aidante et explique avoir retrouvé son calme. Les travaux du tramway terminés, un expert est venu estimer les dégâts pour indemniser les commerçants de sa rue. L'indemnisation est tardive et bien en deçà des pertes, mais ce qu'elle vit le moins bien est l'absence de reconnaissance de l'impact sur le moral d'avoir perdu son entreprise petit à petit.

3. Léonie

Léonie est une jeune fille qui fait une dépression suite à une rupture sentimentale, peu de temps après un déménagement qui l'a faite changer de ville et le divorce de ses parents ; autant d'événements qui lui donnent le sentiment d'être seule et perdue.

Son premier recours aux soins en santé mentale se fait dans le cadre d'une consultation à l'hôpital : elle va consulter le même « psy » que sa mère.

Ce suivi dure plusieurs mois, période au cours de laquelle s'installe ses Tocs : elle se fait du mal au visage et aux cuisses. A l'époque, nous dit-elle maintenant, elle n'a pas encore conscience qu'il s'agit de Tocs. Le psychiatre qui la suit ne voit rien, Léonie met un terme à ce suivi.

Ses troubles sont tels qu'elle se trouve souvent dans l'impossibilité d'aller travailler, elle multiplie alors les arrêts maladie. Elle est alors fréquemment en contact avec un médecin généraliste. Son CDD d'un an dans une usine n'est pas renouvelé, sans doute à cause de ses arrêts maladie, pense-t-elle.

Quelqu'un de sa famille qui travaille dans une mission locale lui apprend l'existence d'une association qui s'occupe de santé chez les jeunes. Elle y va et bénéficie de consultations avec un psychologue qui se poursuivent au moment où nous la rencontrons.

Le psychologue comme le médecin généraliste sont au courant de ces troubles, mais aucune orientation n'est réalisée.

Visage infecté, Léonie est hospitalisée en dermatologie. Décelant un problème de santé mentale, l'équipe médicale lui conseille de prendre contact avec le psychiatre qu'elle allait voir auparavant à l'hôpital. Elle ne dit rien mais ne prendra jamais contact avec celui-ci.

Recherchant du travail, Léonie passe une année à courir après de très rares missions en intérim.

Léonie souhaite trouver une prise en charge adaptée, ayant pris conscience qu'il s'agit de Tocs et qu'elle a besoin d'être soignée. Elle est satisfaite de son contact avec le psychologue mais considère que cette prise en charge n'est pas suffisante pour agir sur les Tocs. A la suite d'une discussion avec sa coiffeuse, elle va consulter un ostéopathe. Elle n'y retourne pas à cause du coût.

Elle prend alors son téléphone, fait le tour des hôpitaux de la ville et apprend ainsi qu'il existe une thérapie de groupe spécialisée sur les Tocs dans le même hôpital que celui où elle avait été hospitalisée. Depuis elle suit cette thérapie dont elle se dit extrêmement satisfaite.

Souhaitant s'insérer professionnellement, parce que dit-elle « ça fait partie de la guérison », elle décroche un petit contrat de travail, peu rémunéré.

Il ne lui est alors pas possible de continuer la thérapie de groupe tout en travaillant. Au moment où nous nous rencontrons, elle est partagée entre dire son problème à son nouvel employeur en espérant un arrangement qui lui permettra de poursuivre la thérapie et continuer à pouvoir cacher son problème en stoppant sa démarche de soins.

4. Malika

Malika, d'origine africaine, a grandi dans une cité défavorisée du Nord de la Ville. Son ambition est de devenir avocate. Bonne élève, elle est envoyée dans un bon lycée, en dehors de son quartier. Ce moment est présenté comme important dans sa trajectoire : elle découvre un autre monde, celui des « enfants de l'élite » avec lesquels elle se sent en décalage.

Elle réussit son bac et entre à la faculté de droit. Quelques mois plus tard, elle vit un moment de crise, persécutée par des voix et persuadée que tout le monde est ligué contre elle. Suivant les conseils de sa famille, elle arrête ses études de droit, ce qui était son rêve de toujours. Elle consulte deux psychiatres qu'elle considère alors « hors sujet » et ne retourne pas les voir.

Ses parents, partis en vacances, Malika tente de mettre fin à ses jours. Un ami de ses parents intervient, elle est hospitalisée en psychiatrie quelques semaines. Sa famille, de retour en France, ne supporte pas l'état dans lequel l'hôpital l'a mise et la fait sortir. Au bout de quelques semaines d'hospitalisation, Malika sort sans aucun traitement ni suivi. Elle ne voit personne pendant une année.

Elle réamorce des études dans une nouvelle filière. Au moment des révisions, elle refait une seconde crise qui la reconduit à l'hôpital. Elle sort alors conformément à l'avis médical, bénéficiant d'un suivi dans un CMP. Pendant les 2 années qui suivent, son état se stabilise, elle suit correctement son traitement. Elle amorce deux formations différentes qu'elle arrête et déplore un peu trop de solitude.

A l'issue de ces 2 années de stabilisation, ayant le sentiment d'aller mieux, elle décide d'arrêter son traitement.

Quelques mois plus tard, ayant l'occasion de constater la réussite universitaire de ceux qui avaient commencé leurs études en même temps qu'elle, elle refait une crise et est une nouvelle fois hospitalisée. Elle sort au bout de quelques semaines.

Les hospitalisations suivantes se font à sa demande : soit qu'elle constate qu'elle ne parvient pas à se contrôler, soit qu'elle souhaite reprendre un bon rythme de vie. Elle se dit dorénavant convaincue de la nécessité de prendre correctement son traitement même si elle souhaite prendre le moins de médicament possible, pour conserver sa vitalité et garder un peu de maîtrise sur ses troubles.

Les troubles de Malika font l'objet de nombreuses interprétations : pour elle, il s'agit tout d'abord d'une critique sociétale, elle ne peut accepter le monde tel qu'il est. Pour ses parents, ses troubles ont pour origine le racisme de ses camarades et le fait qu'elle ne soit pas mariée à son âge. D'ailleurs, pour eux, tout irait mieux si elle se mariait. Du côté des soignants, elle explique avoir entendu beaucoup de choses différentes comme « *hallucinations psychiques, schizophrénie, névrose, paranoïa* ». Le dernier psychiatre qu'elle rencontre remet en cause les méthodes adoptées jusque là et lui propose la voie de la psychanalyse.

Au moment de l'entretien, Malika habite chez ses parents et prépare un concours de la fonction publique. Elle est toujours suivie au CMP.

5. Mohammed

Mohammed, né en Algérie, a combattu auprès de l'Armée française pendant la guerre d'Algérie.

Il est rapatrié en France, laissant là-bas une femme et un enfant. Il fait ensuite une carrière de militaire en France. Dans les années 80, il essaie plusieurs fois de rentrer en Algérie, cela lui est refusé.

Peu de temps après ces tentatives déçues, il passe 3 années dans un hôpital psychiatrique militaire, pour cause de consommation d'alcool, nous dit-il. Il est mis en arrêt maladie après cette hospitalisation et ne retravaille plus. Il se marie une seconde fois et a de nouveau un enfant.

Le mariage se passe mal, une séparation intervient au milieu des années 90. Des problèmes financiers l'amènent à être sous tutelle. Il vit à partir de ce moment-là soit en hôtel meublé, soit en hébergement d'urgence. Puis à l'issue de quelques années de vie très précaire, il accède à un petit studio dans le centre ville avec l'aide de son tuteur. L'appartement lui convient mais il ne s'entend pas du tout avec ses voisins qui se plaignent beaucoup du comportement de Mohammed notamment auprès de la police.

Pour Mohammed, ses voisins d'origine maghrébine sont tout simplement jaloux qui lui ait pu faire une carrière militaire.

Il raconte rencontrer aussi des problèmes en ville, être victime d'agression, de vol et d'insultes. Il s'en suit assez fréquemment des altercations assez violentes avec d'autres personnes au cours desquelles la police intervient.

Du point de vue santé, Mohammed est suivi par un médecin libéral dont il ne connaît pas la spécialité mais qui lui prescrit les cachets dont il est devenu dépendant au cours de sa longue hospitalisation, des cachets qui agissent sur les nerfs et sur ses vertiges. Il témoigne d'une grande confiance en ce médecin et observe ce que celui-ci lui prescrit. Il est prévu quelques temps après notre rencontre que Mohammed fasse un séjour en hôpital psychiatrique pour, nous dit-il, se reposer et arrêter un peu l'alcool.

A la suite d'une altercation dans la rue avec des passants, Mohammed est arrêté par la police qui l'emmène au poste. Ces arrestations, qui semblent assez fréquentes, sont bien vécues par Mohammed qui les interprète comme des mesures visant à le protéger. Peu avant notre rencontre, lors d'une conduite au poste pour mettre fin à une altercation dans la rue, les policiers ont appelé le médecin de Mohammed qui a mis en place une mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers, avec le consentement de Mohammed. Emmené à l'hôpital par les pompiers, le psychiatre qui le reçoit refuse de l'hospitaliser. Mohammed se dit très en colère que l'on n'ait pas respecté ce que conseillait son médecin.

6. Doris

Doris, âgé d'une 60^{aine} d'années a eu ses premiers contacts avec la psychiatrie très jeune, suite à une injonction de soins pour consommation de drogue.

Puis il se marie, a des enfants et divorce quelques années plus tard. Il part alors un peu partout en France, de ville en ville, vivant de petits travaux. Il dort à l'hôtel ou, quand il n'a plus les moyens, en foyer ou à la rue. Après plusieurs années à travers la France, il revient à Marseille, désireux de se stabiliser mais son « besoin de s'évader » reprend le dessus, il se met alors à errer dans Marseille.

A partir de là, il raconte une vie faite d'alternance entre les foyers, la rue, les hôpitaux psychiatriques. Il est hospitalisé en psychiatrie de façon récurrente et pour des périodes assez longues, à tel point qu'il n'est pas possible de retracer précisément une chronologie de cette suite d'allers-retours à l'hôpital. Il présente les hospitalisations comme ce qui l'a sauvé de la vie dans la rue, ce mode de vie le précipitant vers des tentatives de suicide et une consommation d'alcool excessive. Les longues hospitalisations sont dans le même temps présentées comme ayant l'effet pervers de rendre difficile le fait de vivre en dehors.

En 2000, il amorce un suivi assez régulier avec un psychiatre d'un CMP.

A un moment donné, il dit prendre la décision de se sortir de la rue. Il dort alors de façon beaucoup plus régulière dans les foyers, afin d'économiser de l'argent. Son but est d'avoir un appartement. Quelques années plus tard, grâce au travail qu'il décrit acharné d'une assistante sociale, il emménage dans un studio.

Doris se dit « psychotique », ses troubles sont les suivants : il entend des voix, est fréquemment envahi de tics et décrit des périodes de « laisser-aller » où il ne parvient plus à remplir ses obligations quotidiennes. Ses troubles sont là depuis toujours, nous dit-il, et sont liés selon lui au fait que sa mère l'ait toujours rejeté.

Il consulte régulièrement au CMP et va au CATTP pour passer un peu de temps quand il ne va pas trop mal.

Le bilan est mitigé : le studio lui apporte son lot de contrariétés qui parfois le reconduisent à l'hôpital. Ses relations de voisinage sont compliquées et il raconte qu'il a été plusieurs fois victime de la mauvaise foi de ses voisins, ce qui l'a amené à devoir s'acquitter de frais qu'il n'aurait pas du payer.

Redoutant que les autres s'aperçoivent de ses troubles, il essaie de soustraire au maximum de toutes les relations sociales. Les seules qu'il parvient à maintenir malgré ses troubles sont celles qui sont liées au système de soins.

Bénéficiant de l'Allocation adulte handicapé (AAH), ses difficultés financières sont liées en grande partie au prix de journée dont il doit s'acquitter. Ses endettements chroniques lui font redouter d'être mis sous tutelle alors qu'il est très attaché à l'idée de préserver son autonomie.

Peu de temps avant l'entretien, Doris a changé de CMP et donc de psychiatre, ce qui s'est accompagné d'un changement de traitement. Insatisfait de la galénique et expérimentant de nouveaux effets secondaires de ce nouveau traitement, Doris n'ose pas le dire à son nouveau psychiatre. Durant les vacances de celui-ci, il arrête toute médication et entre dans une période de « laisser-aller ». C'est grâce à une visite à domicile des infirmiers du CMP qu'il renoue alors avec le soin.

7. Ferdinand

Ferdinand, d'origine étrangère, a une quarantaine d'années et habite depuis plusieurs mois dans un foyer d'hébergement d'urgence.

Il a une trajectoire marquée par plusieurs années de toxicomanie, moment durant lequel il dit avoir eu un « commencement de schizophrénie ». Sa famille l'a récupéré un jour, il était comme mort, dit-il. Il a été envoyé dans une communauté chrétienne quelques années dans laquelle il a découvert une foi qui l'anime toujours. Il décrit cette période de sa vie comme l'une des plus heureuses. Il sort de cette communauté parce qu'il va mieux. Il élabore ensuite un projet de voyage à travers l'Europe et arrive à Marseille en novembre 2005, s'installe en centre ville dans un campement précaire. Une association l'oriente vers un dispensaire de soin pour les plus précaires et vers un centre d'hébergement d'urgence. Suite à une consultation au dispensaire, il découvre qu'il a une hépatite C.

Sa volonté de soigner son hépatite arrête son périple, il s'installe dans un foyer dans lequel il est depuis quelques mois. Il n'a pas pu obtenir le RMI, n'a pas de revenus.

Le dispensaire où il consulte lui permet d'obtenir la Couverture maladie universelle (CMU). Lors de son arrivée à Marseille, il explique avoir été submergé par une « vague de violence », il a détruit des voitures, s'est montré violent envers des personnes. Par le biais du dispensaire, il consulte un psychiatre pendant quelques mois et prend des anxiolytiques et des antidépresseurs. Avec du recul, il dit qu'il s'agissait de problème de dépression.

Au moment de l'entretien, il ne voit plus de psychiatre parce qu'il se sent bien et parce qu'avec l'obtention de la CMU, il ne peut plus aller au dispensaire, il lui faudrait trouver un « psychiatre particulier », nous dit-il.

Lors du 1^{er} entretien, son projet est de trouver un appartement ou une chambre pour être tranquille. L'impossibilité d'accéder à un logement est vécue comme une injustice.

Il dénonce les conditions de vie difficiles à l'intérieur de l'unité d'hébergement d'urgence, le fait de vivre au milieu de personnes qui consomment tabac et alcool alors que lui a dû faire de gros efforts pour se sortir de tout cela. Il dénonce aussi les agressions et les vols que les personnes vivant à l'UHU subissent par ceux qu'il appelle les « petits marginaux » du quartier. Le contrôle qu'il a sur lui-même est sans cesse mis à mal par les conditions de vie qu'il décrit comme insupportables. L'absence de prise en considération de ces problèmes par les travailleurs sociaux le met hors de lui.

Lors du 2nd entretien, son projet est de retourner dans la communauté où il avait passé plusieurs années, remettant à plus tard son projet de voyage en Europe.

C. Grille d'entretien des focus groupes

Présentation de l'organisation de la réunion – 20 mn

Ce projet répond à une volonté du département de santé publique de la ville de Marseille de mieux comprendre comment les choses se passent sur son territoire en matière de santé mentale.

L'objectif de cette **réunion de travail** est d'avoir, grâce à votre expérience, une discussion autour des lacunes ou dysfonctionnement du système de prise en charge (tant du point de vue du soin que de l'accompagnement social) mais aussi de repérer ce qui fonctionne bien.

L'ORS organise deux réunions de ce type, l'une invitant les professionnels de l'intervention et de l'accompagnement social, la semaine dernière et la seconde aujourd'hui réunissant des acteurs du soin.

D'un point de vue pratique, nous enregistrons la conversation afin de travailler au plus près des propos qui seront tenus.

Lisa est là en tant qu'observatrice pour noter qui parle afin que la retranscription soit plus simple à effectuer. Ils prendront donc des notes en continu durant cette réunion.

Nous réunissons des personnes issues de différentes professions et structures afin de rendre compte des différents points de vue. N'oubliez pas que toute opinion est intéressante et qu'il faut ici se sentir libre de développer son point de vue. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Moi je vais vous poser quelques questions, je vais intervenir pour recentrer les débats et proposer de nouveaux thèmes mais l'objectif c'est que vous discutiez entre vous en argumentant vos positions.

Des désaccords surgiront peut-être entre vous. Une des règles de ce type de réunions de travail est de s'écouter et de laisser les autres développer leurs idées avant d'exposer les siennes.

Vos propos resteront anonymes. Ni vous, ni votre structure ne seront cités nominativement dans le rapport qui sera produit à l'aide des discours tenus aujourd'hui.

Comme il est expliqué dans la note d'information que je vous remets, vous êtes vous-même soumis à ce principe de confidentialité et nous souhaitons que chacun s'engage à rester discret à la fois sur qui sont les participants mais aussi sur le contenu de ce qui va se dire afin que chacun se sente libre de s'exprimer.

Pour le bon déroulement de cette réunion, je vous invite à éviter de parler en aparté et à éteindre vos portables. Pour que l'enregistrement soit audible, il faut vraiment limiter tous les bruits parasite (comme le sont les discussions en aparté) et je m'en excuse par avance, mais il est probable que je sois amenée à vous le rappeler.

Tout ceci a une visée pratique : les enregistrements sont très sensibles à toute sorte de bruit.

On fera une pause vers le milieu d'après-midi, en essayant vraiment de se limiter à 10 mn de pause.

Remise de la lettre d'information à signer

On va commencer par un tour de table pour que chacun d'entre vous se présente, en précisant quelle est votre structure, quelle est votre formation et quel est votre poste.

Premières questions généralistes – 45 mn

Je vais commencer en vous posant des questions très générales...

- Quelles sont, selon vous, les difficultés principales auxquelles sont confrontées les personnes ayant des troubles de santé mentale à Marseille ?

Demander des précisions, des exemples (Pouvez-vous donner des exemples ?)

Interpeller ceux qui n'ont pas parlé ou ceux qui par des expressions ont communiqué leur accord ou leur désaccord (Vous ne semblez pas d'accord avec ce que disait Mme ..., pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?)

Les raisons qui compliquent

- *Et du point de vue de leur situation sociale ?*
- *Et du point de vue de l'organisation du système de soin ?*

Deuxième partie sur les parcours de vie – 2 heures -

Nous avons mené l'enquête auprès de certains « usagers » ayant des troubles de santé mentale. La trajectoire a été reconstituée par une série d'entretiens réalisés avec la personne. Afin de garantir la confidentialité, certains éléments biographiques ont été modifiés mais la logique globale du parcours a été conservée.

J'aimerais vous exposer quelques unes de ces trajectoires et vous demander de réagir sur celles-ci.

Il ne s'agit pas ici de produire une analyse sur cette personne en particulier, de toute façon je ne donnerai pas assez de précision pour que cela soit possible.

En fait, je voudrais qu'à partir de cette histoire, vous réfléchissiez à ce qui fonctionne bien et ce qui au contraire ne fonctionne pas à vos yeux dans le système d'accompagnement et de prise en charge.

La richesse de chaque trajectoire peut vous amener à développer des thèmes très différents. Si vous souhaitez noter les idées que la lecture de l'histoire vous évoque, je vous donne une feuille et un papier, pour avoir un « pense-bête » pour la discussion. Par contre, je vous demande de ne plus écrire pendant la discussion et surtout – encore pour des raisons de qualité de l'enregistrement – de ne plus toucher à vos feuilles et stylo quand j'aurai terminé la lecture de l'histoire. Je suis désolée de vous imposer ce type de règles, j'espère que vous ne m'en voudrez pas.

Lire les parcours de Doris, Ferdinand et Babeth

Passer 30 min sur chacun des cas

Relances suite à la lecture du cas :

- Qu'est-ce qui, selon vous, aurait pu améliorer la situation de cette personne aux différentes périodes de sa vie ?

- Pour vous, en quoi cette histoire illustre-t-elle les atouts du système de prise en charge ?

- Pour vous, en quoi cette histoire illustre-t-elle les lacunes ou dysfonctionnement du système de prise en charge ?

- L'histoire présentée ici se rapproche-t-elle d'histoires que vous rencontrez fréquemment ?

- Dans ce type de cas qu'avez-vous l'habitude de mettre en place ?

Orientation, signalement, conseil, écoute...

- Vous heurtez-vous alors à certaines difficultés ? Si oui, pouvez-vous nous les décrire ?

Bibliographie

- Anguis, M., J. Roelandt, et al. (2004). Une valeur subjective : "fou", "malade mental" et "dépressif" : les représentations profanes. Santé mentale et société. L. d. française. Paris.
- Bonnet, D. (1999). "La taxinomie des maladies en anthropologie : aperçu historique et critique." Sciences sociales et santé 17(2): 5-21.
- Dejours, C. (1998). Souffrance en France, Editions du Seuil.
- Ehrenberg, A. (1995). L'individu incertain, Hachette.
- Ehrenberg, A. (1998). La fatigue d'être soi, Odile Jacob.
- Furtos, J. and F. Bertolotto (2005). Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique. Saint-Denis-La-Plaine, Délégation interministérielle à la Ville: 94.
- Joubert, M. (2005). Souffrances morales et question sociale : un enjeu de reconnaissance. Répondre à la souffrance sociale. Eres. Ramonville Saint-Agne: 171-184.
- Joubert, M. and F. Bertolotto (2004). Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale - enjeux pour les politiques publiques. Santé mentale, ville et violences. Eres. Ramonville Saint-Agne: 229-251.
- Lazarus, A. and H. Strohl (1995). Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale". Paris.
- Lovell, A. M. (2004). Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Saint-Maurice, InVS: 72.
- Lovell, A. M. (2004). Santé mentale et société Paris, La Documentation française.
- Velpry, L., N. Blinder, et al. (2005). Coups de tonnerre dans un ciel couvert - Approche sociologique de l'émergence des troubles d'apparence psychotique. Paris, CESAMES / Inserm: 235.