

La convention médicale de 1990 distingue :

- les médecins du secteur I qui doivent appliquer les tarifs conventionnels et dont les honoraires sont remboursés à 75 % par les régimes obligatoires de sécurité sociale,
- les médecins du secteur II qui peuvent pratiquer des honoraires différents toujours remboursés sur la base de 75 % du tarif conventionnel.

La question qui se pose face à une offre médicale abondante et souvent cloisonnée est d'assurer la fluidité de la demande sanitaire et sociale. C'est pourquoi face aux cloisonnements de toutes origines, la démarche dite en réseau apparaît de plus en plus nécessaire. Elle est encouragée par le ministère de la Santé depuis plusieurs années.

Il s'agit à partir des structures existantes de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics démunis nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires, sociaux et préventifs. Deux journées de travail ont eu lieu sur ce thème des réseaux de santé de proximité. Les actes en sont publiés sous la forme d'un numéro spécial de la revue *Échanges santé social*.

► Circulaire DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993

► Circulaire DGS n° 88 du 1^{er} décembre 1994

► Plan santé ville, Réseaux de santé de proximité. In *Échanges santé social*, n° hors série, septembre 1995.

L'accompagnement santé

Qu'ils concernent des « publics » (les jeunes depuis 1982, les bénéficiaires du RMI depuis 1988) ou des « territoires » les dispositifs transversaux ont rendu visibles les difficultés d'accès aux soins et à la santé liées aux difficultés d'insertion sociale ou professionnelle.

Les professionnels de ces dispositifs travaillent depuis sur les liens entre santé et insertion. Le Dr Lasnes, responsable de la mission France de Médecins sans frontières, rappelle que l'accès aux soins n'est pas conditionnel. Contrairement à une idée communé-

ment répandue, l'insertion n'est pas liée à la santé d'une manière indéfectible. Pour cette raison, la relation de soins ne peut faire l'objet d'un contrat.

L'exemple des missions locales

Le réseau des missions locales et des permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) accueille annuellement 900 000 jeunes. Comme d'autres réseaux éducatifs, structures d'hébergement, associations locales, les missions locales ont acquis des compétences réelles dans la prise en compte globale des jeunes vers l'insertion.

Dans cet accompagnement, les structures sont confrontées, pour une partie de ce public, à des difficultés multiples : situations d'isolement, conduites d'échec répétées, vécus dépressifs, troubles physiques divers (dentaires, visuels, allergiques...). Certains manifestent leur violence, d'autres sont inhibés, quelques-uns ont été maltraités, ont des conduites à risque, d'autres sont en rupture familiale, à la recherche de solutions rapides...

Bien que la prise en compte globale des besoins des jeunes fasse partie des missions de ces structures, les professionnels sont confrontés à des difficultés qui dépassent le champ de l'insertion professionnelle. Les jeunes présentent un « mal-être » qui peut s'associer à des situations matérielles précaires et entraver toute perspective de projet.

Les réponses dans le champ de la santé, du social ou dans des champs ludiques, culturels, sportifs ou de la formation, sont autant d'entrées qui croisent l'écoute, la prise en compte des difficultés sociales, matérielles ou encore psychologiques.

Dans cette approche multi-focale et souvent multi-partenaire, la question de la continuité, de la cohérence des réponses, des orientations, est centrale. La mise en réseau des différents praticiens (insertion-santé-professionnel) en est une condition, mais pas la seule.

Les conditions d'accompagnement méritent d'être réinterrogées en partenariat ; elles traversent les dynamiques d'équipe : compétences et formation des praticiens de l'accompagnement (missions locales et partenaires de la santé) et les dynamiques interinstitutionnelles, diagnostic local, analyse des situations et besoins des jeunes, repérage des ressources locales, circu-

lation des informations, définition d'actions et de stratégies communes en direction de ces publics.

L'analyse des pratiques de l'accompagnement ou l'évaluation des actions permettent d'apprécier et de préciser les stratégies d'accompagnement et d'insertion pour ces jeunes en souffrance.

Le rôle de relais et l'approche globale des missions locales sont à concevoir comme une mise en cohérence des stratégies d'accompagnement vers l'insertion ou des réponses spécifiques comme la santé des jeunes les plus en difficulté, et non pas comme une juxtaposition de réponses parcellaires.

Cf. AdSP n° 7, juin 1993, les collectivités locales et la santé publique

La santé dans les contrats de ville

Durant les IX^e et X^e plans, une trentaine de quartiers relevant d'un dispositif de la politique de la ville inscrivait un volet santé.

Pour la durée du XI^e plan, les trois quarts des 214 contrats de ville comportent aujourd'hui un volet santé. Bien que les lois de décentralisation n'aient apporté dans le domaine de la santé que peu de changement dans les attributions de la collectivité de base qu'est la commune, cet échelon se montre très sensible aux effets de la précarisation sur la santé des populations.

Adossé aux politiques sectorielles des domaines d'intervention sanitaire et sociale, le

Une souffrance qu'on ne peut plus cacher

À l'initiative de la délégation interministérielle à la Ville (Div) et de la délégation interministérielle au RMI (Dirmi) un groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » s'est réuni de novembre 1993 à fin 1994. Les travaux de ce groupe ont fait l'objet d'un rapport : *Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Ce groupe était composé de représentants d'administrations centrales et de services déconcentrés, d'établissements publics concernés par le sujet, de professionnels de terrain et de chercheurs.

Le problème traité

Un des effets des politiques transversales et territorialisées comme le RMI et la politique de la ville a été de rendre visibles des manifestations individuelles ou collectives de souffrance psychique. Cette souffrance est un phénomène mal identifié et non traité par les dispositifs sociaux et psychiatriques classiques. Il ne s'agit pas

pour les professionnels – du soin ou du social – de maladie mentale mais plutôt de la manifestation de souffrance liée aux situations sociales, aux conditions de travail ou de non-travail et à l'histoire des personnes. Or, l'intervention globale est peu développée entre le social et le sanitaire. Lier la santé et les déterminants sociaux avec le rôle et la place de chacun dans la cité souligne peut-être un début d'évolution des mentalités.

Objectifs

Le groupe de travail a poursuivi un triple objectif :

- améliorer la connaissance et la compréhension de ces phénomènes de souffrance psychique des populations en situation de précarité ;
- mobiliser les institutions pour que ce problème soit pris en compte et que soit construit, à l'intersection des champs du social et du médical, un espace d'intervention commun ;

- repérer les lieux de collaboration existant déjà au niveau local ainsi que les nouvelles pratiques de prévention en santé mentale répondant au problème.

Propositions

Le rapport propose des mesures d'intervention, d'évaluation et de recherche ainsi qu'une stratégie de mise en œuvre. Un protocole signé entre les délégations et directions concernées vise à mettre en œuvre ces préconisations. Un groupe de travail interadministratif placé sous la responsabilité de l'Igas coordonne un programme d'action en deux volets (soutien aux expériences développées et programme d'étude). Les conclusions de l'Igas seront remises d'ici fin 1996.

Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail Div-Dirmi « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » présidé par le Pr Antoine Lazarus, rapporteur général, Hélène Strohl, Igas, rapporteurs Olivier Quéroül, Dirmi, Marguerite Arene, Div. Div-Dirmi, 1995.