

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 Quérouil, Dirmi, Marguerite Arene, Div. Div-Dirmi, 1995.