

## ***Quelques remarques essentielles concernant l'accès aux droits sociaux et aux soins pour les personnes en précarité***

1. L'hospitalisation psychiatrique est utilisée de manière inadaptée et dispendieuse pour répondre à certains problèmes rencontrés par les personnes en précarité.

-Cf la dépêche d' Hospimédia du 23.05 sur la question.

- contrainte psychiatrique utilisée dans le plan grand froid

2. A contrario , les services de soin nécessaires, notamment les services de "secteur psychiatrique" ne sont pas accessibles.

- Jugés hors de porté, localisation inconnue , jugés stigmatisants

- Les services se renvoient les patients "hors secteur", en errance

- Demande de justification d'identité à l'entrée des services (obstacle pour les sans-papier ou les réticents à donner leur identité)

- Absence d'accessibilité des MDPH (cf l'étude de Mme S.Vicente sur l'accessibilité des MDPH)

3. Le problème de la santé mentale des personnes en situation de précarité ne peut être dissocié de la question du droit fondamental à un hébergement décent et du revenu minimum d'existence.

- Pas de santé sans santé mentale/ pas de santé mentale sans santé

- Précarité (peur du lendemain), dilution du lien familial et social,(isolement, sentiment d'abandon), troubles de l'alimentation, maladies somatiques (cf communiqué de presse de sme/mhe à ce sujet), faim, sentiment de détresse absolue.

4. La question de l'accès aux droits ne peut être dissociée de la reconnaissance de la capacité juridique.

- Application de la Convention de l'ONU, condition nécessaire à l'accès aux droits.

-Application du droit commun aux personnes en précarité.

5. Enseignements sur les dysfonctionnements tirés du "parcours du combattant" de Bernard Meile.(voir texte ci-dessous remis ultérieurement). des pratiques qui dénie la loi

a) Les délais de renouvellement de la carte vitale sont excessifs

b) Objection faite de la reconnaissance de "domiciliation de secours " par les municipalités et les départements d'origine (CCAS et Directions des Services Sociaux) pour des personnes en CHRS ou en Foyer d'urgence.

c) Perte de la domiciliation de secours quand on est hospitalisé dans un autre département

d) Renvoi du problème entre le secteur sanitaire et le secteur social sous prétexte de déni de compétence quand il s'agit de personnes avec des problèmes de santé mentale.

e) Refus d'effectuer des soins, au lieu de prendre les problèmes en charge, lorsqu'il y a cumul de difficulté (exemple d'une personne déboutée d'un scanner en raison de son manque d'hygiène)

## ***Quelques propositions simples***

**1.** Si des "aménagements raisonnables" (au sens de la CDPH-ONU) sont évidemment nécessaires, les mesures d'accompagnement doivent s'intégrer dans les dispositifs d'action générale en faveur des personnes en précarité . Il ne s'agit pas d'une "banalisation" des mesures spécifiques en réponse à la souffrance psychique, (basée sur la non-reconnaissance) mais de refuser la discrimination. Il s'agit de prendre en compte la santé mentale de tous et non de stigmatiser quelques uns.

**2.** Des réponses individualisées dans le sens d'une reconnaissance de chacun comme un être unique et non des réponses globales et/ou stéréotypées. (Du type: distribution de médicaments) .

Une reconnaissance de la personne passe par :

a) Une politique de prévention de grande ampleur (prenant en compte le droit au logement ordinaire, le revenu universel, l'accès au travail, le droit à la santé)

b) Des mesures d'accompagnement souples, proportionnées aux besoins, proches de la personne

c) Une politique inclusive et non ségrégatives

**3.** Un soutien accru de l'insertion par l'économie s'impose. Des expériences de travail coopératif autogéré comme le "jardin extraordinaire" de Caen. (document supplémentaire remis ultérieurement.) doivent servir de modèle et être reconnus et généralisés par un appui administratif et réglementaire.

**4.** Des services d'accompagnements se situent dans la proximité et non dans la distance

- Les services de secteur psychiatrique doivent trouver leur place dans des dispositifs d'accompagnement sanitaires et sociaux ordinaires dans le cadre de **Maisons de la Solidarité** qui restent à construire dans le cadre d'un dispositif de droit commun.

- Les MDPH (qui pourraient soit être l'embryon, soit s'intégrer à ce dispositif) doivent acquérir une culture de l'accueil des personnes en souffrance psychique/en précarité.

-Mais cela n'est pas suffisant pour combler le fossé existant entre le besoin de soin et l'offre de soin:

a) L'accueil des problèmes de santé mentale des résidents étrangers se heurte à des obstacles liés à la langue et à la différence culturelle. Pour vaincre cet obstacle, on pourrait mettre en place partout en France (sous la responsabilité des Mairies?) des services qui prendraient en compte cette question en mettant en synergie des équipes spécialisées et des personnes participant d'une culture étrangère (par ex immigrés implantés) . Le COMED et le Centre F.Minkowska sont des exemples isolés.(Encore n'est-il pas besoin partout de psychiatres d'origine immigrée)

b) Cette même philosophie de synergie pourrait être mise en place au niveau des "équipes de terrain" qui œuvrent auprès des personnes SDF et en précarité pour éviter qu'elles ne se sentent dépassées et tentées "d'envoyer ailleurs" (mais on voit bien qu'il n'y a pas d'ailleurs)

des gens en grande souffrance psychique. Par des actions d'analyse de pratique et d'accompagnement de leur quotidien, elles seraient ainsi familiarisées avec les comportements étranges et délirants. Cette méthode a fait ses preuves dans l'accompagnement d'aides à domicile œuvrant chez des personnes handicapées psychiques.

c) Sans remettre en cause la qualité personnelle des promoteurs de formations universitaires dans ce domaine, nous pensons que c'est sur le terrain grâce aux méthodes que nous venons de décrire que les personnes se forment dans le respect de la culture spécifique des gens en précarité et en souffrance psychique.

5. Un travail important d'accompagnement au changement des mentalités de la société globale, afin qu'elle soit plus accueillante, moins centrée sur l'esprit de profit et de concurrence, moins individualiste et moins compétitive, plus accueillante de la différence est à faire de la part des pouvoirs publics.

6. Au niveau législatif et réglementaire

- C'est d'abord la mise en place de l'application de la CDPH-ONU qui s'impose. D'autres pays (comme l'Allemagne, la Croatie) s'y sont déjà mis en route. Cela imposera, sans aucun doute, la remise en cause de l'esprit de tutelle.

- C'est ensuite l'abrogation de la loi du 5 juillet 2011 et son remplacement par une loi instituant la judiciarisation dès les 48h et l'abandon du soin sans consentement en extrahospitalier

- C'est enfin le vote d'une loi cadre en santé mentale qui encourage la prise en compte de la santé -c'est-à-dire le bien-être - mentale. Nous estimons que cette loi n'est pas condition nécessaire pour mettre en œuvre les préconisations simples et de bon sens que nous venons d'exposer.

Témoignage de B.Meile.

Les évaluations et décisions des assistants sociaux, et des services médico-sociaux, ont en général un caractère discrétionnaire. C'est nécessaire quand leur rôle est le secours urgent à des personnes en détresse, ou face à des carences entraînant des séquelles graves.

Mais est-ce un motif pour ne se soucier de traçabilité, ni de leurs informations ni de leurs interventions. Cette lacune empêche la possibilité de recours effectif, et prive le système instauré, ses responsables, de la capacité de voir et de rectifier ses dérapages et ses travers, dérapages souvent faits pour ne pas s'ingérer dans ceux des autres services ou ministère.

Encore avec l'informatique, n'avoir ni chrono ni archivage du courrier évite bien des conflits, même si, de temps à autre, la non information du procureur se révèle avoir peut-être empêché d'éviter des morts, ou des suppliciés handicapés à vie. On aurait risqué de mettre en cause la police judiciaire.

Ce n'est ni de la théorie, ni un simple vécu personnel, c'est le fruit de l'écoute que, depuis, j'accorde à ceux dont le calvaire sans fin doit nous faire cesser de tels dysfonctionnements.

Déjà en 2004 j'avais déploré l'absence de lien entre services sociaux et soutiens juridiques, mon intervention avait été enregistrée dans les archives consultables par internet. Avant l'assistante sociale obtenue, *après des mois d'insistance auprès du département par celle de l'assurance maladie et une autre professionnelle*, n'a aidé ni aux soins ni aux actes utiles suite au fait d'avoir été percuté par un automobiliste puis envahi chez moi par des dealers. *(N.B. : Après, le surendettement ayant demandé que je renonce à mon logement, la juge m'a reproché de ne pas avoir demandé un soutien juridique à l'assistante sociale.)*

Un drame, et l'enracinement de la vente de drogue, liés à mes anciens squatteurs ont été suivis par une certaine obstruction au remplacement de ma carte d'identité à la mairie, puis par une décision de me radier de la liste des gens suivis sous prétexte que hébergé hors de la commune. J'ai contesté auprès de la directrice du centre qui m'a confirmé sa décision.

Je n'ai toujours aucun endroit où je puisse conserver et classer les documents j'aurais encore dispersés ici et là.